



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

RENATA ALVES CÉSAR FERNANDES

**MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS: PROCESSOS DE (AUTO)CUIDADO,
VIOLÊNCIAS E SOROFOBIA. PERCURSOS NA POLÍTICA DE SAÚDE.**

RECIFE

2020

RENATA ALVES CÉSAR FERNANDES

**MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS: PROCESSOS DE (AUTO)CUIDADO,
VIOLÊNCIAS E SOROFOBIA. PERCURSOS NA POLÍTICA DE SAÚDE.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestrado em Serviço Social, orientada pela Profa. Dra. Ana Cristina de Souza Vieira e coorientação Prof. Dr. Evandro Alves Barbosa Filho.

Recife

2020

Catálogo na Fonte

Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

F363m Fernandes, Renata Alves César

Mulheres vivendo com HIV/Aids: processos de (auto) cuidado, violências e sorofobia. Percursos na Política de Saúde / Renata Alves César Fernandes. - 2020.

238 folhas: il. 30 cm.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Cristina de Souza Vieira e Coorientador Prof. Dr. Evandro Alves Barbosa Filho.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2020.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Mulheres soropositivas. 2. Violência. 3. Sorofobia. I. Vieira, Ana Cristina de Souza (Orientadora). II. Barbosa Filho, Evandro Alves (Coorientador). III. Título.

361 CDD (22. ed.)

UFPE (CSA 2020 – 109)

Renata Alves César Fernandes

“MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS: processos de (auto) cuidado, violências e sorofobia. Percursos na Política de Saúde. ”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco – PPGSS/UFPE para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Linha de Pesquisa: Relações sociais de gênero, geração, raça/etnia e sexualidade. **Área de concentração:** Serviço Social, Movimentos Sociais e Direitos Sociais.

Aprovada em 31/08/2020 pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Participação via Videoconferência
Prof. Dr. Evandro Alves Barbosa Filho (Coorientador e Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

Participação via Videoconferência
Profa. Dra. Mônica Rodrigues Costa (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco
Participação via Videoconferência

Profa. Dra. Raquel Cavalcante Soares (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

Recife, 31 de agosto de 2020.

À Socorro, minha mãe, pelos cuidados, amor e apoio de sempre.

Aos meus amados filhos, Clarice e Caio.

AGRADECIMENTOS

No processo de construção da dissertação, muitas pessoas contribuíram de alguma forma para a concretização do mestrado.

Início meus agradecimentos ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da UFPE, pela possibilidade de realizar o mestrado e contribuir com minha formação acadêmica.

A todas as professoras do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da UFPE, pelos ensinamentos e contribuições na formação. Em especial à minha orientadora, Prof.^a Ana Vieira, que admiro, por sempre estar aberta para novos aprendizados e desafios.

Ao meu coorientador, Prof. Evandro Alves, pelos ensinamentos, apoio, incentivo e escuta das minhas dúvidas e angústias durante o processo de pesquisa e construção do projeto. Minha admiração é anterior à realização do mestrado, quando participamos do projeto de extensão do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC)/ Universidade de Pernambuco (UPE), onde pôde compartilhar generosamente seus ensinamentos sobre a questão da violência. Imensa gratidão.

À Prof.^a Raquel Soares, que respeitosa e com carinho fez importantes críticas e apontamentos ao projeto de pesquisa na ocasião da qualificação, que me fizeram refletir para um melhor direcionamento da pesquisa.

À Prof.^a Mônica Rodrigues Costa, pelas contribuições metodológicas e críticas durante a qualificação do projeto, que me fizeram repensar em alguns pontos a serem reconstruídos.

Às mulheres que participaram desta pesquisa, que generosamente compartilharam suas histórias de vida.

Gostaria de agradecer também pelo companheirismo das (os) amigas (os) do mestrado, da turma 2018, Ana Emmanuella, Aline, Leandro, Amanda, Geiziane, Rebeca, Kellyane, Ana Virgínia, Lohana, Jonathan e Ana Carolina.

À Direção do HUOC em nome da Prof.^a Izabel Avelar e Prof.^a Jacira Salucy pela liberação para cursar as aulas.

À Divisão de Serviço Social do HUOC, em nome de Karla Bandeira, gerente da Divisão, companheira de trabalho e de muitas lutas. Também gostaria de agradecer às amigas e companheiras, que sempre me incentivaram e me ajudaram a não desistir, em especial a Christiane Virgínio, amiga de todas as horas; Soraya Cavalcanti, pelas palavras sempre acertadas; a Sálvea Campelo, pelas orientações e por compartilhar seu saber; a Tatiana Santa Cruz, sempre acolhedora; a Rosângela Oliveira, pelo incentivo e apoio; Rosângela Passos, pelas palavras de carinho e amizade e a Rosana Almeida pelas muitas orientações.

Às amigas do Hospital Mendo Sampaio, no Cabo de Santo Agostinho, Suellen Cavalcanti, Raete Brito, Cleicy Barros, Paula Jones e Hilca Barros pelo constante incentivo e apoio. Nossa amizade vai além do espaço de trabalho.

Por fim, gostaria de agradecer imensamente:

A Murilo Fernandes, companheiro de todas as horas, pelo incentivo, confiança e por não me fazer desistir.

Aos meus amados pais, Socorro e Roberto, pelo apoio e cuidados de sempre. Só tenho a agradecer.

À minha amada irmã, Roberta, sempre companheira, incentivadora e com as melhores palavras de confiança.

Aos meus filhos que tanto amo, Clarice e Caio, na esperança de construir dias melhores.

Aos meus amados sobrinhos, Giovana e Bento, pelas muitas alegrias.

RESUMO

Conforme os dados epidemiológicos do Brasil, a epidemia do HIV/AIDS avança de maneira significativa no país, destacando-se um número latente de casos entre mulheres negras nas regiões Norte e Nordeste. Essa tendência à feminização e pauperização da doença pode ser analisada ao se observar a precarização dos serviços de saúde, o desmonte da Política Nacional de HIV, assim como a centralização da doença na perspectiva biomédica e medicamentosa. Além dessas questões, há uma recorrência quanto à obrigação de mulheres realizarem o trabalho doméstico e de cuidado com outros membros da família. No caso das mulheres vivendo com HIV/AIDS, essa sobrecarga pode impactar diretamente o tratamento. A presente dissertação teve como principal objetivo analisar a exploração e a apropriação do tempo das mulheres que vivem com HIV/AIDS no trabalho de cuidado, assim como entender a utilização do trabalho feminino na família e o impacto nas condições de vida dessas mulheres. Para tanto, e a partir das sucessivas aproximações da realidade, a construção deste trabalho baseou-se na concepção teórico-metodológica do feminismo materialista francófono, no intuito de discutir e fazer um resgate histórico do lugar da mulher na sociedade, sendo relevante compreender a temática a partir da divisão social, sexual e racial do trabalho. Especificamente, a análise foi construída a partir do capitalismo tardio e do contexto de hegemonia ultraneoliberal, no qual valoriza um discurso conservador, seguindo uma lógica patriarcal da sociedade e de extrema violência contra as mulheres. A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), hospital escola da Universidade de Pernambuco (UPE), tendo sido utilizados procedimentos qualitativos, por meio de entrevistas em profundidade, com mulheres que vivem com HIV/AIDS, por meio de amostra não probabilística. Foi possível identificar com os resultados da pesquisa que há interferência na continuidade do tratamento devido à sobrecarga do trabalho doméstico e de cuidado das mulheres soropositivas, mas, principalmente, há indicação de que o peso do estigma, a discriminação, o medo de ser revelada a soropositividade a outras pessoas, sobretudo devido à violência institucional, afetam diretamente a vinculação das mulheres aos serviços de saúde.

Palavras-Chaves: Mulheres Soropositivas. Violência. Sorofobia. Cuidado.

ABSTRACT

According to Brazilian epidemiological data, the HIV / AIDS epidemic is advancing significantly in the country, with a latent number of cases standing out among black women in the North and Northeast regions. This trend towards feminization and impoverishment of the disease can be analyzed by observing the precarious nature of health services, the dismantling of the National HIV Policy, as well as the centralization of the disease from a biomedical and drug perspective. In addition to these issues, there is a recurrence of the obligation for women to do domestic work and care for other family members. In the case of women living with HIV / AIDS, this burden can directly impact treatment. The present dissertation had as main objective to analyze the exploration and the appropriation of the time of the women who live with HIV / AIDS in the care work, as well as to understand the use of the feminine work in the family and the impact in the living conditions of these women. To this end, and based on successive approximations to reality, the construction of this work was based on the theoretical-methodological conception of French-speaking materialist feminism, in order to discuss and make a historical rescue of the place of women in society, being relevant to understand the theme from the social, sexual and racial division of labor. Specifically, the analysis was built on late capitalism and the context of ultra-liberal hegemony, in which it values a conservative discourse, following a patriarchal logic of society and extreme violence against women. The research was carried out at the Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), a teaching hospital at the University of Pernambuco (UPE), using qualitative procedures, through in-depth interviews, with women living with HIV / AIDS, using a non-standard sample. probabilistic. It was possible to identify with the research results that there is interference in the continuity of treatment due to the overload of domestic work and care for HIV-positive women, but, mainly, there is an indication that the weight of stigma, discrimination, fear of being revealed to seropositivity to other people, mainly due to institutional violence, directly affects the link of women to health services.

Key words: HIV-positive women. Violence. Serophobia. Watch out.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHF – *AIDS Healthcare Foundation*

AIDS – *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CF – Constituição Federal

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CNI – Confederação Nacional da Indústria

COMPESA – Companhia Pernambucana de Saneamento

COVID19 – *CO*rona *V*irus Disease

DIP – Doenças Infecciosas e Parasitárias

FBSP – Fórum Brasileiro de Segurança Pública

HIV – *Human Immunodeficiency Virus*

HSH – Homens que fazem sexo com homens

HUOC – Hospital Universitário Oswaldo Cruz

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INSS – Instituto Nacional de Seguro Social

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LGBTI – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersex

LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social

MPL – Movimento Passe Livre

OIT – Organização Internacional do Trabalho

ONG – Organização Não Governamental

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PEC – Proposta de Emenda Constitucional

PEP – Profilaxia Pós-Exposição ao HIV

PNAD – Pesquisa por Amostra de Domicílios Contínua

PIB – Produto Interno Bruto

PL – Projetos de Lei

PrEP – Profilaxia Pré-Exposição de risco à infecção pelo HIV
PVHA – pessoa (as) vivendo com HIV e AIDS
RPA – Região Político Administrativo do Recife
SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação e Agravos de Notificação
SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
TST – Tribunal Superior do Trabalho
TST – Tribunal Superior do Trabalho (TST)
UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
UNFPA – Fundo da População das Nações Unidas
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF)
UPE – Universidade de Pernambuco
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1. Introdução	13
2. Trabalho doméstico não remunerado e noção de cuidado: uma apropriação do tempo das mulheres.	18
2.1 Reprodução social e divisão sexual do trabalho: debate a partir da perspectiva do feminismo materialista.	24
2.2 Impactos do conservadorismo no cotidiano das mulheres	43
3. O que é ser mulher soropositiva: tendência a vulnerabilidade ampliada das mulheres ao HIV/AIDS.	61
3.1 Retrocessos na Política de HIV/AIDS no Brasil: tentativa de invisibilizar (ou inviabilizar) os direitos das (os) usuárias (os) soropositivas (os).	63
3.2 Desproteção das mulheres que vive com HIV/AIDS em torno do cuidado e autocuidado.	81
4. Aproximações no cotidiano das mulheres que vivem com HIV/AIDS	96
4.1 Percurso metodológico da pesquisa.	96
4.2 Percepções e reflexões sobre o trabalho doméstico não remunerado, autocuidado e direitos sociais das mulheres que vivem com HIV/AIDS.	105
4.2.1 Conhecendo as protagonistas do estudo: cidadãs soropositivas atendidas no HUOC.	106
4.2.2 Marcas do estigma e discriminação: a descoberta da soropositividade e os impactos na vida das mulheres.	120
4.2.3 Mulheres soropositivas e o reflexo da violência no cotidiano	128
4.2.4 A naturalização do trabalho doméstico e de cuidados não remunerados.	139
4.2.5 Autocuidado no cotidiano das mulheres soropositivas e o acesso aos serviços de saúde.	151
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	161
REFERÊNCIAS	168
APÊNDICE	195
ANEXOS	231
Anexo 1-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	232
Anexo 2- Entrevista	236

1. INTRODUÇÃO

A dissertação intitulada “*Mulheres vivendo com HIV/AIDS: processos de (auto)cuidado, violências e sorofobia. Percursos na Política de Saúde*” possibilitou trazer à tona a problematização e discussão sobre a condição das mulheres no âmbito familiar, particularmente das mulheres com HIV/AIDS. Autoras como Helena Hirata, Danièle Kergot, Silvia Federici, Maria Cristina Bruschini, Mirla Cisne, Verônica Ferreira, Maria Betânia Ávila, entre outras, discutem a condição feminina na sociedade, assim como o trabalho doméstico e de cuidado não remunerado. No cotidiano das mulheres, esse tipo de trabalho ainda é visto como algo natural e de responsabilidade feminina, corroborando com a ideia de que são elas as principais cuidadoras de crianças, de pessoas idosas, de pessoas com deficiência e de adultos mesmo em idade produtiva.

É no modo de produção capitalista que há a intensificação dos lugares sociais que homens e mulheres ocupam, especialmente nas relações sociais de produção e reprodução, não apenas no sentido de classe, mas também na divisão sexual do trabalho e racial da sociedade. Observa-se que no atual modo de produção a sociedade é regida pelo controle da moral e dos comportamentos para garantir a ordem, a família nuclear nos moldes burgueses, a produção e a reprodução social, relações muitas vezes marcadas pela violência. Federici (2004, p. 24) analisa que:

[...] muito da violência empregada é dirigida contra as mulheres, porque, na era do computador, a conquista do corpo feminino continua sendo uma pré-condição para a acumulação de trabalho e riqueza, tal como demonstra o investimento institucional no desenvolvimento de novas tecnologias reprodutivas que, mais do que nunca, reduzem as mulheres a meros ventres. Ademais, a ‘feminização da pobreza’ que acompanhou a difusão da globalização adquire um novo significado quando recordamos que foi o primeiro efeito do desenvolvimento do capitalismo sobre as vidas das mulheres.

Nessa perspectiva, a divisão sexual do trabalho e os lugares sociais que mulheres e homens ocupam na sociedade são construídos, historicamente, com base nas relações de poder, de acordo com Holmstrom (2014), ao defender que essas relações são mantidas tais como as leis, a economia ou mesmo o poder do homem na esfera familiar. A autora destaca que o conceito de gênero é intrinsecamente relacional e que esses papéis, como intitula, não são “acidentais” para os indivíduos, podendo ser compreendidos somente em termos de relações de poder.

A partir dessas discussões, o objeto de pesquisa partiu do real, por meio das observações no campo profissional, no ano de 2002, ainda atuando na Política de Saneamento do Recife. Nessa época foi possível refletir sobre a discussão acerca dos lugares sociais estabelecidos na sociedade, especificamente em relação às mulheres e à inclusão delas como referência nos programas de habitação do município.

Não tão diferente desta realidade, estar na Política Pública de Saúde proporcionou uma visão mais crítica sobre a questão das mulheres e seu lugar na sociedade. Em 2006, passei a compor a equipe de Serviço Social do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) da Universidade de Pernambuco (UPE), quando pude observar e vivenciar como as mulheres eram e são chamadas para a responsabilidade nos cuidados dos seus familiares. Inicialmente, acompanhei os pacientes do setor de infectologia adulto, em sua maioria com diagnóstico de HIV/AIDS.

A *Acquired Immune Deficiency Syndrome*¹ (AIDS) é causada pelo vírus *Human Immunodeficiency Virus*²(HIV), que acomete o sistema imunológico ao atacar as células de defesa do organismo, deixando-o vulnerável às infecções oportunistas. Podendo ficar em média de 8 a 10 anos no corpo para desencadear a doença, o vírus HIV pode ser transmitido por uma pessoa portadora, mesmo sem que ela tenha desenvolvido a doença. No Brasil, no período entre 2007 a 2017, foram registradas cerca de 77.812 mulheres que vivem com HIV (BRASIL, 2018).

Ainda nos anos 2000, identificou-se uma elevada pauperização dos pacientes que acessavam o serviço hospitalar, além da dificuldade para obter alguns direitos sociais e acessar outras políticas que compõem a Seguridade Social (Assistência Social e Previdência Social). Soares (2000), em sua dissertação com o título “*AIDS, trabalho e proteção social: elementos para uma leitura crítica das condições de vida dos pacientes do Hospital Universitário Oswaldo Cruz*”, já apontava nesse período que parte relevante dos doentes de HIV/AIDS do HUOC estão ou estavam inseridos de forma precária no mercado de trabalho — em atividades subalternizadas, parcializadas e/ou em atividades sem proteção social e que eram excluídos até mesmo das políticas consideradas de combate à exclusão. Contribuindo com tal observação, Santos (2018)

1. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

2. Vírus da Imunodeficiência Humana.

afirma que a discussão de necessidades e direitos sociais é inerente ao enfrentamento da epidemia, devido ao relevante componente social que envolve a doença, ainda diz que:

[...] questões sobre sexualidade, orientação sexual, trabalho e renda, acesso à saúde e outros direitos sociais, surgem no âmbito de uma resposta à epidemia, pois garantir tratamento, dentro de uma perspectiva ampliada de saúde, é possibilitar o acesso a bens e serviços que garantam qualidade de vida (SANTOS, 2018, p. 266).

Especificamente ao observar as mulheres com HIV/AIDS internadas no hospital, via-se pouco acompanhamento por parte dos familiares e/ou amigos. De forma recorrente, há exigência de cuidados com outros membros da família quando não estão hospitalizadas, principalmente para aquelas mulheres que também têm filhos vinculados ao serviço ambulatorial de infectologia. É importante destacar que há um aumento sistemático referente à desigualdade de gênero e ao avanço crescente da doença entre mulheres, e elas têm rosto: são jovens, negras e pobres (ROCHA et al., 2018). No que se refere às informações sobre o quesito raça/cor dos pacientes do hospital, não há dados sistematizados que possam contribuir para a análise aprofundada deste trabalho.

Constatou-se a partir da pesquisa para a construção desta dissertação, assim como das observações da realidade e da intervenção profissional, que é possível identificar de forma mais aguçada a exigência, por parte da equipe assistencial, de que mulheres sejam as acompanhantes, além de que muitas vezes são apontadas como aquelas que cometem a negligência contra as crianças por não as levarem às consultas e aos exames marcados. Foi nesse contexto que os discursos dos profissionais de saúde e de alguns gestores corroboram com a naturalização desse lugar social atribuído às mulheres, sem uma leitura crítica da realidade, assim como as devidas mediações do contexto em que elas estão inseridas.

Nesse sentido, em relação às mulheres, pode-se fazer os seguintes questionamentos para reflexão: como ocorre a realização dos seus cuidados no espaço familiar? Quais os impactos na saúde da mulher que vive com HIV/AIDS em relação à demanda do trabalho doméstico não remunerado e de cuidado realizado diariamente?

Dessa forma, partiu-se do pressuposto para a construção desta dissertação de que há uma sobrecarga do trabalho de cuidado³ feminino na família, com impactos no autocuidado das mulheres que vivem com HIV/AIDS. Foi possível identificar que, além do reforço ideológico do trabalho doméstico e de cuidado como um trabalho dito feminino, pode-se compreender que também é uma expressão da violência perpetrada contra as mulheres soropositivas, muitas vezes expressas explicitamente durante a intervenção profissional, dentro das instituições.

Diante dessas questões e a partir das sucessivas aproximações da realidade, dentro de uma perspectiva de totalidade, a pesquisa, para a construção desta dissertação, teve como concepção teórico-metodológica o feminismo materialista francófono no intuito de discutir e fazer um resgate histórico do lugar da mulher na sociedade, especificamente a partir do capitalismo tardio e do contexto de hegemonia do ultraneoliberal, no qual valoriza um discurso conservador, numa lógica patriarcal da sociedade e de violência contra as mulheres.

Nessa perspectiva, o objetivo deste trabalho foi analisar a exploração e a apropriação do tempo das mulheres positivas para o HIV/AIDS no trabalho de cuidado, assim como entender a utilização do trabalho feminino na família e o impacto nas condições de vida das mulheres que vivem com HIV/AIDS, entre outras questões. A dissertação foi construída em três capítulos e considerações finais, como segue:

- O primeiro capítulo teve como objetivo analisar a exploração e a apropriação do tempo das mulheres no trabalho doméstico e de cuidado não remunerado, por meio da reflexão teórica em relação às referidas categorias. Ainda buscou refletir sobre os impactos do conservadorismo, baseado no discurso dos costumes expressos na sociedade patriarcal-capitalista e ultraneoliberal.
- O capítulo dois abordou sobre o que é ser mulher soropositiva e a tendência à vulnerabilidade ampliada das mulheres ao HIV/AIDS, buscando refletir sobre os atuais retrocessos no campo dos direitos sociais e da política pública

³De acordo com a tese de Verônica Ferreira, intitulada “*Apropriação do tempo de trabalho das mulheres nas políticas de saúde e reprodução social: uma análise de suas tendências*”, considera-se que há uma indissociabilidade entre trabalho doméstico e de cuidado. Ainda segundo a autora, no contexto brasileiro, o cuidado das pessoas, dependentes ou autônomas, é provido majoritariamente no espaço doméstico, por redes de mulheres de maneira gratuita, ou remunerada precariamente (FERREIRA, 2017). Portanto, para este projeto será considerada esta discussão feita em sua tese.

destinada a atender as pessoas que vivem com HIV/AIDS, em especial discutir a situação das mulheres soropositivas e sua invisibilização.

- O capítulo três trouxe o percurso metodológico e os resultados da pesquisa realizada com mulheres soropositivas no HUOC/UPE, apresentados da seguinte forma: conhecendo as protagonistas do estudo; marcas do estigma e discriminação; mulheres soropositivas e o reflexo da violência no cotidiano; a naturalização do trabalho doméstico e de cuidados não remunerado; autocuidado no cotidiano das mulheres soropositivas e o acesso aos serviços de saúde;
- Nas considerações finais realizou-se uma análise conclusiva sobre o objeto de estudo, sendo indicadas algumas sugestões para pesquisas posteriores e sugestões para intervenção no âmbito institucional e de políticas públicas.

Por fim, foi possível identificar que o trabalho doméstico e de cuidado não remunerado para as mulheres mais pauperizadas afeta de alguma forma suas vidas, em especial a vinculação ao serviço e a continuidade do seu tratamento. Porém, outros aspectos também influenciam significativamente na continuidade ao tratamento: o peso do estigma, a discriminação e os diversos tipos de violências cometidas nas próprias instituições de saúde, que afetam diretamente a vinculação das usuárias aos serviços de saúde.

2. TRABALHO DOMÉSTICO NÃO REMUNERADO E NOÇÃO DE CUIDADO: UMA APROPRIAÇÃO DO TEMPO DAS MULHERES.

O objetivo deste capítulo é analisar a exploração e a apropriação do tempo das mulheres no trabalho doméstico e de cuidado não remunerado, por meio da reflexão teórica em relação às referidas categorias. Tal proposta deve-se ao fato de que ainda neste século XXI, bilhões de homens e mulheres dependem de forma exclusiva do trabalho para sobreviver, deparando-se constantemente com situações e vínculos instáveis e precários no mundo do trabalho. É importante ressaltar que o trabalho permanece sendo fundante da sociabilidade humana e conforme Lukács (1986), “somente o trabalho tem sua essência ontológica, dando salto⁴ do ser biológico para o ser social”. Além dessa questão, pretende-se refletir sobre os impactos do conservadorismo, baseado no discurso dos costumes expressos na sociedade patriarcal-capitalista e ultraneoliberal⁵.

Para tanto, será necessário refletirmos sobre a categoria trabalho, processo pelo qual o ser humano transforma a natureza, é essencial para a manutenção de sua vida. Para Lukács (1986, p. 04), “a essência do trabalho humano está no fato de que, em primeiro lugar, ele nasce em meio à luta pela existência e, em segundo lugar, todos os seus estádios são produtos da auto-atividade do homem”. Ainda acrescenta:

Somente o trabalho tem, como sua essência ontológica, um claro caráter intermediário: ele é, essencialmente, uma interrelação entre homem

4. Engels observa, no entanto, com a mesma precisão que, apesar destes fenômenos preparatórios, aqui [no ser social] se dá um salto, por meio do qual já não nos encontramos dentro da esfera da vida orgânica, mas acontece em relação a esta uma superação de princípio, qualitativa, ontológica (LUKÁCS, 1986, p. 6).

⁵ Conforme Ricardo Antunes, em texto intitulado “Destrução Completa do que resta de Direitos. A devastação do trabalho na contrarrevolução de Temer (2017)”, o ultraneoliberalismo já era visto no então governo Temer (2016-2018) quando iniciou-se uma nova fase da contrarrevolução preventiva, para recordar novamente Florestan Fernandes, agora de tipo ultraneoliberal. Sua principal finalidade: privatizar tudo que ainda restar de empresa estatal, preservar os grandes interesses dominantes e destruir os direitos do trabalho. Em entrevista ANDES-SN em 2018, Antunes considerava que estávamos na iminência de termos um ultra neoliberalismo, com fascismo, comandado por uma figura farsesca que usa farda. Uma espécie de fascismo de farda, referindo-se à situação das Universidades Públicas. Ainda completa: Espero que isso não venha a ocorrer. Senão, entraremos numa fase mais difícil que na ditadura militar, mais difícil que o neoliberalismo dos anos 90 para cá. Porque agora seria uma combinação nefasta de ultra neoliberalismo, com ditadura militar sem limites, e com respaldo eleitoral. Matérias disponíveis, respectivamente, em: <<https://diplomatie.org.br/a-devastacao-do-trabalho-na-contrarrevolucao-de-temer/>> e <<https://apufpr.org.br/2018/10/08/podemos-viver-um-ultraneoliberalismo-sob-uma-ditadura-e-com-respaldo-eleitoral-alerta-ricardo-antunes/>>.

(sociedade) e natureza, tanto inorgânica (utensílio, matéria-prima, objeto do trabalho, etc.) como orgânica, interrelação que pode até estar situada em pontos determinados da série a que nos referimos, mas antes de mais nada assinala a passagem, no homem que trabalha, do ser meramente biológico ao ser social (LUKÁCS, 1986, p. 4).

Conforme Marx (2017, p. 255), “o trabalho é, antes de tudo, um processo entre o homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza”. Desse modo, Marx afirma que [o homem] agindo sobre a natureza externa e modificando-a, por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. Assim, o que diferencia o homem do animal é a prévia ideação do processo de trabalho, pois chega-se a um resultado já presente na representação do trabalhador desde o início do processo (MARX, 2017, p. 256).

No entanto, é a partir do modo de produção capitalista que o homem passa a vender sua força de trabalho ao proprietário dos meios de produção. Para Marx (2017, p. 293), o que “diferencia as várias formações econômicas da sociedade, por exemplo, a sociedade da escravatura daquela do trabalho assalariado, é apenas a forma pela qual esse mais-trabalho é extraído do produtor imediato, o trabalhador”.

No capitalismo, todo processo social de produção é simultaneamente processo de reprodução, porém, a reprodução aparece também como forma de apropriação. Segundo Marx (2017, p. 781), se a “produção tem forma capitalista, também o tem a reprodução. Ainda segundo o autor “a reprodução da classe trabalhadora exige, ao mesmo tempo, a transmissão e a acumulação da destreza de uma geração a outra” (MARX, 2017, p. 790).

Ainda de acordo com Marx (2017), a origem dessa apropriação está relacionada à acumulação primitiva⁶, que seria a prévia acumulação capitalista, uma acumulação que não é resultado do modo de produção capitalista, mas seu ponto de partida. Relaciona-se a esse período a origem da pobreza devido à perda dos meios de produção e a vinculação da compra e venda da força de trabalho.

Apesar do modo de produção capitalista aparecer como forma de libertação do modo de produção feudal, por parte do trabalhador, contraditoriamente torna-se “escravo” do capital após a expropriação dos seus meios de produção, através do uso da

⁶ A assim chamada acumulação primitiva não é, por conseguinte, mais do que o processo histórico de separação entre produtor e meio de produção. Ela aparece ‘primitiva’ porque constitui a pré-história do capital e do modo de produção que lhe corresponde (MARX, 2017, p. 786).

violência e tendo que se converter em vendedor de si mesmos, em termos de Marx (2017). Antunes (2018, p.26) considera que o sentido do *trabalho* que estrutura o capital (o trabalho abstrato) é desestruturante para a humanidade, enquanto seu polo o *trabalho* que tem sentido estruturante para a humanidade (o trabalho concreto que cria bens socialmente úteis), torna-se potencialmente desestruturante para o capital.

Silvia Federici (2004) faz uma crítica sobre a acumulação primitiva tratada em O' Capital, tomo I, de Karl Marx. Segundo a autora, a acumulação primitiva é examinada do ponto de vista do proletariado assalariado de sexo masculino e do desenvolvimento da produção de mercadorias. Para ela, a acumulação primitiva traz profundas mudanças que introduz a posição social das mulheres na produção da força de trabalho. A descrição da acumulação primitiva do ponto de vista de Federici (2004) inclui uma série de fenômenos que estão ausentes em Marx, são eles:

[...] o desenvolvimento de uma nova divisão sexual do trabalho; ii) a construção de uma nova ordem patriarcal, baseada na exclusão das mulheres do trabalho assalariado e em sua subordinação aos homens; iii) a mecanização do corpo proletário e sua transformação, no caso das mulheres, em uma máquina de produção de novos trabalhadores. E, o que é mais importante, coloquei no centro da análise da acumulação primitiva a caça às bruxas dos séculos XVI e XVII; sustento aqui que a perseguição às bruxas, tanto na Europa quanto no Novo Mundo, foi tão importante para o desenvolvimento do capitalismo quanto a colonização era expropriação do campesinato europeu de suas terras (FEDERICI, 2004, p. 16)

Em relação à contemporaneidade, Fontes (2018) traz a concepção sobre expropriações denominadas de secundárias, nos quais assumem o mesmo padrão anterior (da acumulação primitiva): retiram dos seres sociais suas condições de existência e as convertem em capital. Para ela, a transformação mais significativa do capitalismo é a redução da existência humana à força de trabalho. As expropriações primárias e as contemporâneas são realizadas por meio da força, violência e subordinação do trabalhador e da trabalhadora, assim como dos recursos sociais. Em relação às mulheres, essa apropriação também se dá por meio do seu corpo e do seu tempo.

A crítica pelo movimento feminista em relação à teoria social elaborada por Marx, no que concerne à invisibilidade do trabalho feminino e seu reconhecimento como classe trabalhadora, foram trazidas por Ávila (2011) como uma importante reflexão:

As terríveis condições de exploração a que as mulheres estão submetidas são tratadas criticamente, mas a crítica é remetida à capacidade do sistema em utilizar sem limites os recursos disponíveis de mão de obra para sua exploração, isto é, como uma forma do capitalista criar correlação de forças desfavoráveis para os homens trabalhadores serem mais explorados

(ampliação do exército industrial de reserva) ou jogados no desemprego (ÁVILA, 2011, p. 58).

Ainda segundo Ávila (2011), mesmo na análise marxista, a reprodução é tratada apenas como substrato do processo produtivo, e o trabalho reprodutivo realizado no espaço doméstico, elemento central para reprodução social, não é levado em conta.

Desse modo, a subordinação das mulheres aos espaços privados, assim como a construção ideológica de uma concorrência entre elas, o esfacelamento da solidariedade feminina, assim como seu disciplinamento, deu-se no decorrer do desenvolvimento capitalista, por meio da intervenção do Estado com uma forte política de dominação do corpo das mulheres. Federici (2004, p. 152) explicita que foi a “crise populacional dos séculos XVI e XVII, e não a fome na Europa, durante o século XVIII (tal como defendido por Foucault), que transformou a reprodução e o crescimento populacional em assuntos de Estado e objetos principais do discurso intelectual”. Ainda sustenta:

[...] que a intensificação da perseguição às ‘bruxas’ e os novos métodos disciplinares que o Estado adotou nesse período, com a finalidade de regular a procriação e quebrar o controle das mulheres sobre a reprodução, têm também origem nessa crise. As provas desse argumento são circunstanciais e deve-se reconhecer que outros fatores também contribuíram para aumentar a determinação da estrutura de poder europeia dirigida a controlar de uma forma mais estrita a função reprodutiva das mulheres. Entre eles, devemos incluir a crescente privatização da propriedade e as relações econômicas que, dentro da burguesia, geraram uma nova ansiedade com relação à questão da paternidade e da conduta das mulheres (FEDERICI, 2004, p. 153)

Ainda segundo Federici (2019), a guerra contra as mulheres, por meio da chamada “caça às bruxas” nesse período, é retomada na atualidade. De acordo com a autora, hoje estamos diante de um novo processo de acumulação primitiva, sendo as mulheres a principal força social que impede o caminho a uma completa comercialização da natureza. As mulheres são as agricultoras de subsistência do mundo. Nesse sentido, em locais como a África e Índia, por exemplo, as mulheres sofrem um processo exacerbado de culpabilização pela pobreza⁷, considerando a baixa expectativa de investimentos e de empreendedorismo por parte dessas mulheres e, além disso, há uma crescente expropriação da terra destinada à agricultura de subsistência.

A perseguição das mulheres se dá por meio das ideologias de desvalorização feminina, do elevado aumento da violência e do avanço dos discursos religiosos acerca

⁷ FEDERICI, S. Mulheres e caça às bruxas. Palestra realizada na Universidade de São Paulo, 2019. TV Boitempo.

do controle sobre a vida e corpo. No Brasil, é possível verificar o aumento da desigualdade social e de gênero, da violência, dos casos de feminicídios e do discurso institucionalizado por parte do atual governo do presidente Jair Bolsonaro (2019...), por meio do seu Ministério da Mulher, da família e Direitos Humanos, com uma “centralidade conservadora da manutenção do tradicional conceito de família (pai, mãe e filhos), com o foco na tradição judaico-cristã na discussão sobre políticas públicas relacionadas a direitos⁸”.

No que se refere ao feminicídio no Brasil, já há indícios do aumento desse tipo de crime. Conforme os dados oficiais do presidente da extrema-direita Jair Bolsonaro, houve uma queda no Brasil quanto ao número de homicídios, cerca de 20% em 2019, e ao de estupro em 12%, segundo dados compilados pelo Ministério da Justiça (EL País, 2019). Porém, os dados que se referem ao crime considerado hediondo, o feminicídio, aumentou 44% em São Paulo no ano de 2019 (até agosto de 2019)⁹. Na comparação entre 2017 e 2018, houve um crescimento de 4% dos feminicídios em todo o país, conforme informações do site El País (2019).

Portanto, a violência no país tem crescido no decorrer dos anos, apresentando diferenças entre as regiões brasileiras, com crescimento acentuado no Norte e Nordeste, influenciado, principalmente, pela guerra do narcotráfico, conforme o relatório intitulado Atlas da Violência 2019, elaborado pelo Instituto de Pesquisa de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP). O Atlas foi construído a partir do levantamento dos dados oficiais do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS), em 2017 houve 65.602 homicídios no Brasil, o que equivale a uma taxa de 31,6 mortes para cada um mil habitantes. Ainda, segundo o referido relatório, trata-se do maior nível histórico de letalidade violenta intencional do país.

Além desta questão, que já demonstra tamanha dimensão da violência no país, fica evidenciado um aumento da violência letal contra públicos específicos, incluindo negros, população LGBTI (Lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, pessoas trans e intersex), e mulheres, nos casos de feminicídio, considerado um processo

⁸ Sobre esta questão, consultar Revista eletrônica Gênero e Número, texto escrito por Lola Ferreira, disponível em: <<http://www.generonumero.media/governo-bolsonaro-tem-inicio-com-pasta-dos-direitos-humanos-hiperconectada-discurso-evangelico/>>.

⁹ Ler matéria “Casos de feminicídios aumentaram em 44% no 1º semestre em SP”, de agosto de 2019, disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2019/08/07/casos-de-femicidio-aumentam-44percent-no-1o-semester-de-2019-em-sp.ghtml>>.

preocupante (IPEA e FBSP, 2019). O relatório também demonstra que a descaracterização do Estatuto do Desarmamento, de 2003, que tem sido modificado a partir de 2007, por diversas emendas parlamentares, tem influenciado no aumento da violência.

Em relação aos crimes cometidos contra as mulheres, entre 2007 e 2017, houve um crescimento de 30,7% no número de homicídios de mulheres no país. Em 2017, o Atlas da Violência 2019 identificou um crescimento desse tipo de crime, com o número de 4.936 mulheres mortas, com cerca de 13 mulheres assassinadas por dia, o maior número registrado desde 2007 (IPEA; FBSP, 2019).

O referido documento analisa que 28,5% dos homicídios ocorrem no domicílio (39,3% se não consideramos os óbitos em que o local do incidente era ignorado). Para o Atlas (2019), provavelmente estes são casos de feminicídios íntimos, que decorrem da violência doméstica. Ainda o relatório alerta:

[...] que não se sabe ao certo o aumento dos registros de feminicídios pelas polícias reflete efetivamente aumento no número de casos, ou a diminuição da subnotificação, uma vez que a Lei do Feminicídio (Lei n. 13.104, de 09/03/2015) é relativamente nova, de modo que pode haver processo de aprendizado em curso pelas autoridades judiciárias. Se os registros de feminicídios das Polícias podem embutir alguma subnotificação, em função da não imputação do agravante de feminicídio ao crime de homicídio, por outro lado, a análise dos dados agregados a saúde não permite uma elucidação da questão, uma vez que a classificação internacional de doenças (CID), utilizada pelo Ministério da Saúde, não lida com questões de tipificação legal e muito menos com a motivação que gerou a agressão (IPEA;FBSP, 2019, p. 39).

O fato é que no cotidiano a sensação de vulnerabilidade e o receio de sofrer com atos machistas é percebido pelas mulheres e pelos grupos atingidos em maior proporção pela violência, com reforço dessa situação inclusive por parte das instituições de segurança¹⁰ e de saúde, quando naturalizam a violência e culpabilizam as mulheres e famílias pelas diversas situações de violências. Para Elaine Behring (2019), em publicação feita na Revista Esquerda Online, a “contraface tem sido um brutal crescimento da face penal do Estado, com o uso da violência desmedida e deliberada sobre as populações pobres e segregadas, em especial jovens e negras, reproduzindo o racismo estrutural brasileiro”. O número de mortes pela polícia, de mortes em geral no

¹⁰ Recentemente (10/01/2020) o Coronel da Polícia Militar, Eurico Filho Silva Costa, declarou na imprensa que a turista de 19 anos, estuprada após assalto, “assumiu o risco” por andar à noite na praia. Matéria disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/sociedade/coronel-da-pm-diz-que-turista-estuprada-assumiu-o-risco-de-andar-a-noite-na-praia/>>.

contexto da violência endêmica e o encarceramento crescente subscrevem a imensa devastação humana.

2.1 Reprodução social e divisão sexual do trabalho: debate a partir da perspectiva do feminismo materialista.

A importância de trazer ao debate a reprodução social, entendida como um “complexo de atividades e relações por meio das quais nossa vida e nosso trabalho são reconstruídos diariamente” (Federici, 2019, p. 20) e a divisão sexual do trabalho no capitalismo possibilita compreender que não são processos naturais, mas construídos socialmente. O feminismo materialista francófono proporciona desvelar as relações sociais e o trabalho como forma de produção e reprodução social no capitalismo, considerando a divisão social; divisão sexual e racial¹¹, como forma de dominação da mulher em uma sociedade patriarcal, assim como a naturalização e valorização do trabalho doméstico e de cuidado na família como algo essencialmente afetivo e específico das mulheres.

De acordo com Falquet (2013), a primeira a defender o conceito de feminismo materialista, assim como sua validade teórica e política, foi Christine Delphy (1978) em torno da revista *Questions Féministes*¹². Segundo a autora:

As teorias feministas têm em comum seu antinaturalismo; a busca de bases materiais e sociais, mais do que causas culturais ou naturais, para essa organização e sua afirmação central de que as mulheres e os homens constituem classes de sexo (FALQUET, 2013, p. 1).

Para Delphy (2015), o ponto de vista marxista, em geral, é considerado pelo movimento feminista como insuficiente, tanto em termos de teoria quanto em termos de estratégia, por não dar conta da opressão comum às mulheres e estar centrada não em

¹¹ Utilizamos como base para pesquisa o entendimento conforme Mirla Cisne e Silvana Mara Moraes dos Santos, em seu livro *Feminismo, Diversidade sexual e Serviço Social* (2018, p. 25) em que considerou o trabalho, nesta sociedade hetero-patriarcal-racista-capitalista, [que] possui três divisões estruturais associadas entre si: a) a divisão social, fundada nas relações entre classes; b) a divisão racial, fundada nas relações sociais de raça; c) a divisão sexual, fundada nas relações sociais de sexo.

¹² Para mais informações sobre a revista *Questions féministes (Questões Feministas)*, ler o artigo publicado por Jules Falquet, intitulado “Nouvelles Questions Féministes: 22 años profundizando en una visión feminista, radical, materialista y anti-esencialista”. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2004000300006>>. Acesso em: 03 mar. 2019.

sua opressão, mas nas consequências dessa opressão para o proletariado. Além disso, faz sua análise afirmando que:

Isso só é possível devido a uma contradição flagrante entre os princípios que essa linha reivindica e sua aplicação às mulheres. De fato, o materialismo histórico repousa na análise dos antagonismos sociais em termos de classes, elas próprias definidas por seu lugar no processo de produção. Ora, ao mesmo tempo que se pretende aplicar esses princípios ao estudo da situação das mulheres como mulheres, omite-se pura e simplesmente a análise das relações específicas das mulheres com a produção, isto é, uma análise de classes (DELPHY, 2015, p. 99).

A autora traz também uma importante reflexão sobre o entendimento da opressão das mulheres a partir da perspectiva capitalista, sendo percebida como consequência meramente secundária e atribuída a causas puramente ideológicas. Desse modo, há uma tendência a naturalização das violências em relação as mulheres, justificadas por questões culturais e ideológicas, com perda de explicações com base material. Pode-se entender que essa opressão e a naturalização das ordens morais de gênero na contemporaneidade atendem aos interesses de uma determinada classe. Saffioti (2015, p. 03) pondera e diz que o “marxismo adquiriu muita evidência, tendo sido um dos pensamentos dominantes do século XX, ao lado da Psicanálise. Tudo, no caso uma corrente de pensamento, que é recebido com aplausos desperta logo a crítica, muitas vezes apressada”. Ainda expressa:

Freud tratou da filogênese, mas jamais fez qualquer referência à ontogênese. Há certamente, um componente ideológico importante nessas interlocuções, a merecer menção. O pensamento psicanalítico foi subversivo e conservador, ao passo que o marxista não se aplica o segundo termo (SAFFIOTI, 2015, p. 04).

Destacam-se importantes mudanças nos lugares sociais que mulheres e homens ocupam com o advento do capitalismo. Nas sociedades medievais, as relações coletivas prevaleciam sobre as familiares, no feudalismo, cujo trabalho estava organizado no feudo e baseado na subsistência, conforme Federici (2004). Ainda segundo a autora:

Na aldeia feudal não existia uma separação social entre a produção de bens e a reprodução da força de trabalho; todo o trabalho contribuía para o sustento familiar. As mulheres trabalhavam nos campos, além de criar os filhos, cozinhar, lavar, fiar e manter a horta; suas atividades domésticas não eram desvalorizadas e não supunham relações sociais diferentes das dos homens, tal como ocorreria em breve na economia monetária, quando o trabalho doméstico deixou de ser visto como um verdadeiro trabalho (FEDERICI, 2004, p. 40).

Ao longo da história, principalmente dentro do modo de produção capitalista, é perceptível como as mulheres permaneceram em lugar de desvantagem, de

pauperização e de controle do seu corpo para a reprodução, procriação e cuidado de novos trabalhadores. Para Federici (2004), em relação a divisão sexual do trabalho, na sociedade medieval, longe de ser uma fonte de isolamento, constituía uma fonte de poder e de proteção para as mulheres.

Essa forma de organização, nesse período, era a base de sociabilidade feminina, que foi sendo fragilizada e desconstruída na “transição para o capitalismo”, em termos de Federici (2004). Nesse sentido a autora refere que as “hierarquias sexuais quase sempre estão a serviço de um projeto de dominação que só pode sustentar por meio da divisão, constantemente renovada, daquelas a quem se procurar governar” (FEDERICI, 2004, p. 08). Gradativamente a força de trabalho das mulheres foi sendo incorporada no capitalismo não apenas na esfera produtiva, como também nos espaços privados e de reprodução social. Essas significativas mudanças atendem aos “interesses de uma ideologia¹³ dominante, tendo forte interesse em preservar o *status quo*, em que até as desigualdades mais patentes já estão *estruturalmente* entrincheiradas e salvaguardadas” (MÉSZÁROS, 2011, p. 1032), próprio da acumulação capitalista.

A desigualdade social, racial e de gênero possui uma significativa relevância para a própria manutenção do capitalismo, que reforça e se apropria dessas diferenças para seu benefício próprio. Ainda na esfera do trabalho, segundo Harvey (2016), o preconceito e a discriminação baseados nas questões étnicas, raciais, religiosas e de gênero estão profundamente arraigados no modo como o mercado de trabalho é segmentado e fragmentado. Assim, as remunerações pagas pelas empresas e instituições são equivalentes à forma como se classifica um determinado trabalho e quem o realiza.

As atividades de trabalho são remuneradas conforme o gênero, raça e etnia para os trabalhadores e trabalhadoras que ocupam o mesmo posto e executam a mesma tarefa, de acordo com Harvey (2016). E ainda, os “capitalistas podem aplicar – e muitas vezes aplicam — uma política de divisão e controle, promovendo e incitando tensões interétnicas” (ibidem, p. 114).

Inicialmente, na tentativa de quebra dessa dominação, de acordo com Falquet (2013, p. 01), “muitas feministas estimaram que o acesso das mulheres ao trabalho assalariado

¹³ Sendo a *ideologia a consciência prática inevitável das sociedades de classe*, articulada de modo que os membros das forças sociais opostas possam se tornar conscientes de seus conflitos materialmente fundados e resolvê-los pela luta [...] (MÉSZÁROS, 2011, p. 1032).

e a independência econômica que o acompanhava era a principal via de acesso à libertação”. Ainda segundo ela:

[...] a globalização neoliberal, em particular ao reorganizar o trabalho de reprodução social antroponômica, prorroga essa mistura de apropriação e de exploração, atraindo para o ‘trabalho desvalorizado’ vastas partes da mão de obra, especialmente feminina, mas não só (ibidem, p. 1).

A divisão sexual e racial marca simultaneamente o trabalho remunerado e não remunerado na divisão social do trabalho no capitalismo, essencialmente patriarcal e racista. Segundo a análise de Hirata e Kergoat (2007), a divisão sexual do trabalho trata-se, de um lado, de uma acepção sociográfica: estuda-se a distribuição diferencial de homens e mulheres no mercado de trabalho, nos ofícios e nas profissões, e as variações no tempo e no espaço dessa distribuição; e se analisa como ela se associa à repartição desigual do trabalho doméstico entre os sexos. Porém, pontuam:

[...] falar em termos de divisão sexual do trabalho deveria permitir ir bem além da simples constatação de desigualdades. Aqui se chega à segunda acepção, para a qual falar em termos de divisão sexual do trabalho é: primeiro, mostrar que essas desigualdades são sistemáticas e, segundo, articular essa descrição do real como uma reflexão sobre os processos mediante os quais a sociedade utiliza essa diferenciação para hierarquizar as atividades, e portanto os sexos; em suma, para criar um sistema de gênero (HIRATA; KERGOAT, 2007, p. 263).

Essa discussão torna possível o entendimento em relação à opressão das mulheres, que para Hirata e Kergoat (2007) é uma opressão específica, que possibilitou o início do movimento das mulheres. A partir dela, torna-se então coletivamente evidente que uma enorme massa de trabalho é efetuada gratuitamente pelas mulheres, considerado um trabalho invisível, realizado não para elas mesmas, mas para outros, e sempre em nome da natureza, do amor materno, esclarecem as autoras.

O trabalho doméstico e de cuidado, aqui entendido conceitualmente de maneira igual, é associado aos aspectos ditos femininos, de afeto e comumente é realizado de forma gratuita. Normalmente tendem a ser naturalizados e intrínseco de um comportamento especificamente feminino. Hirata (2016, p. 23) explica que “entre as teorizações do trabalho doméstico, gratuito e presumidamente sem ‘valor’, as análises oferecidas pelas feministas materialistas revelaram-se decisivas”, como explica:

[...] as teorizações do *modo de produção doméstico* e da *sexagem* modificaram a definição clássica de trabalho, demonstrando que trabalho doméstico gratuito, excluído do mercado, entrava plenamente na categoria trabalho explorado e que a figura do trabalhador ‘livre para vender sua força de trabalho’ não era a única figura explorada em nossas sociedades (ibidem, p. 23).

O trabalho doméstico e de cuidado não remunerado são comumente impostos às mulheres, que desde crianças mantêm contato ou relação direta com tais atividades como se fossem próprias das mulheres. Esse tipo de trabalho é apropriado e explorado, atendendo diretamente aos interesses dos homens, mas principalmente atendendo à própria manutenção do capital. Federici (2019, p 42) alerta que quando falamos de trabalho doméstico, “não estamos tratando de um trabalho como os outros, mas sim, da manipulação mais disseminada e da violência mais sutil que o capitalismo já perpetrado contra qualquer setor da classe trabalhadora”. Igualmente, o trabalho de cuidado pode ser entendido:

[...] não apenas como uma atitude de atenção, é um conjunto de atividades materiais e de relações que consistem em oferecer uma resposta concreta à necessidade do outro. Assim, podemos defini-lo como uma relação de serviço, apoio e assistência, remunerada ou não, que implica um sentido de responsabilidade em relação à vida e ao bem-estar de outrem¹⁴ (KERGOAT, 2016, p. 17).

Conforme mencionado, é a partir do capitalismo que algumas autoras consideram a intensificação da submissão da mulher à estrutura familiar patriarcal como forma de reprodução para acumulação primitiva desse modo de produção, como afirma Federici (2004, p. 25):

[...] na sociedade capitalista, o corpo é para as mulheres o que a fábrica é para os homens trabalhadores assalariados: o principal terreno de sua exploração e resistência, na mesma medida em que o corpo feminino foi apropriado pelo Estado e pelos homens, forçado a funcionar como um meio para a reprodução e a acumulação de trabalho.

A ampliação e legitimação das desigualdades sociais não apenas das classes sociais, como também de gênero e raça/cor, no capitalismo, é realizada através da naturalização das relações de exploração da força de trabalho, principalmente das mulheres. Porém, as “relações sociais, embora distintas, não podem ser entendidas separadamente, sob o risco de serem reificadas”, afirma Kergoat (2016, p. 20). Dessa forma, concordamos com a seguinte afirmação:

[...][o] capitalismo, enquanto sistema econômico-social, está necessariamente ligado ao racismo e ao sexismo. O capitalismo precisa justificar e mistificar as contradições incrustadas em suas relações sociais – a promessa de liberdade frente à realidade da coação generalizada e a promessa de prosperidade frente à realidade de penúria generalizada – difamando a ‘natureza’ daqueles a quem explora: mulheres, súditos coloniais,

¹⁴ Essa definição de cuidado, como explica Kergoat (2016), foi construída pelo colóquio internacional “Teorias e Práticas do Cuidado”, realizado em Paris em junho de 2013.

descendentes de escravos africanos, imigrantes deslocados pela globalização (FEDERICI, 2004, p. 28).

Alguns autores, a exemplo de Friedrich Engels (1984), consideram que “historicamente nas sociedades coletivas primitivas os laços familiares eram extensos aos outros membros do grupo, assim como os cuidados dos filhos também eram partilhados por toda a comunidade”. Para ele, “habitualmente as mulheres mandavam na casa [...] constituíam a grande força nos clãs (gens) e, mesmo, em todos os lugares” (ENGELS, 1984, p. 51). É com o advento do excedente da vida material que se iniciam mudanças na estrutura das sociedades, inclusive das famílias, sendo possível o surgimento da exploração do homem pelo homem (LESSA, 2012, p. 22).

Em relação a esta questão, Engels (1984) corrobora afirmando que as riquezas, à medida que iam aumentando, davam, por um lado, ao homem uma posição mais importante que a da mulher na família, e, por outro lado, faziam com que nascesse nele a ideia de valer-se desta vantagem para modificar, em proveito dos seus filhos, a ordem da herança estabelecida¹⁵, para ele:

[...] o desmoronamento do direito materno, a grande derrota histórica do sexo feminino em todo mundo. O homem apoderou-se também da direção da casa; a mulher viu-se degradada, convertida em servidora, em escrava da luxúria do homem, em simples instrumento de reprodução (ENGELS, 1984, p. 61).

A historiadora e professora Lerner (2019, p. 48) observa que a “descrição da divisão sexual do trabalho primitiva feita por Engels é curiosamente semelhante à descrição de lares de camponeses europeus na Pré-História”. Ressalta que as informações etnográficas nas quais ele embasou essas generalizações foram refutadas. Conforme a autora:

Em sociedades mais primitivas do passado e em todas as sociedades de caçadores-coletores que ainda existem hoje, as mulheres proveem, em média, 60 % ou mais da alimentação. Para tanto, percorrem longas distâncias com frequência, levando junto seus filhos. Além disso, a suposição de que existe uma fórmula específica e um padrão para a divisão sexual do trabalho está errada. O trabalho específico feito por homens e mulheres difere muito em culturas distintas, dependendo em grande parte da situação ecológica na qual as pessoas se encontravam (LERNER, 2019, p. 48).

Contudo, é importante destacar a análise de Trat (2014), no que diz respeito à obra de Engels, que foi objeto de um balanço mais crítico e com mais nuances:

¹⁵ Ainda segundo o autor, não se sabe exatamente como e quando foram abolidas a filiação feminina e o direito hereditário materno, sendo substituídos pela filiação masculina e o direito hereditário paterno (ENGELS, 1984, p. 60).

[...] pesquisadoras e militantes feministas admitiram um mérito essencial nessa produção, como o ter tentado demonstrar, apoiando-se nos dados históricos e antropológicos de sua época, que a sujeição das mulheres não é ‘natural, mas produto de relações sociais suscetíveis de serem modificadas no decorrer da história’ (TRAT, 2014, p. 359).

Trat (2014) traz como crítica das feministas a recriminação por ter Engels introduzido, no centro de sua análise histórica da família, uma abordagem “naturalista” da divisão sexual do trabalho entre homens e mulheres. Para Ferreira (2017, p. 45), a “dominação patriarcal sobre as mulheres não nasce com o capitalismo nem, tampouco, com a propriedade privada”, ainda afirma:

[...] uma vasta literatura antropológica já demonstrou a existência da subordinação das mulheres e de uma divisão desigual do trabalho e do acesso a ferramentas comunais (apud. MATHIEU, 2014; TABET, 2014) e constatam que a ‘desvalorização feminina é universal’ (ORTINER, 1979 apud FERREIRA, 2017, p. 45).

Lerner (2019, p. 50) considera que “Engels limitou a discussão da ‘questão da mulher’ ao oferecer uma explicação convincente de causa única e direcionar a atenção a um só evento, que comparou a uma destruição revolucionária” e acrescenta:

Se a causa da ‘escravização’ das mulheres foi o desenvolvimento da propriedade privada e das instituições que dela evoluíram, então, a lógica diz que a abolição da propriedade privada libertaria as mulheres. Seja como for, a maior parte da produção teórica sobre a questão da origem da subordinação das mulheres teve como objetivo provar, melhorar ou refutar a obra de Engels (LERNER, 2019, p. 50).

Desse modo, faz-se necessário refletir que a subordinação das mulheres não pode ser entendida como uma evolução natural da sociedade, como tentou explicar Engels (1984). Convém destacar que Federici (2004) ao analisar o processo de subordinação das mulheres, apontou que a divisão sexual do trabalho e o trabalho não remunerado sendo a raiz da exploração feminina na sociedade capitalista.

É importante considerar que “a emergência e desenvolvimento histórico do modo de produção capitalista assimilou, reconfigurou e produziu novas expressões da dominação-exploração patriarcal sobre as mulheres, assim como produziu uma forma própria de ‘racismo’ moderno” (FERREIRA, 2017, p. 45). Sobre a restrição dos direitos das mulheres à subordinação masculina, Safiotti (2004, p. 55) aponta que o

“patriarcado¹⁶ é uma expressão do poder político, esta abordagem vai ao encontro da máxima legada feminista radical: ‘o pessoal é político’”. A autora esclarece que:

1- não se trata de uma relação privada, mas civil; 2- dá direitos sexuais aos homens sobre as mulheres, praticamente sem restrição [...]; 3- configura um tipo hierárquico de relação, que invade todos os espaços da sociedade; 4- o patriarcado tem uma base material; 5- corporifica-se; 6- representa uma estrutura de poder baseada tanto na ideologia quanto na violência (SAFIOTTI, 2004, p. 57-58).

É importante destacar, que o domínio patriarcal também é exercido pelas mulheres no âmbito familiar, em substituição do papel masculino. Todavia, sempre que uma mulher reproduz o patriarcado, ela favorece a lógica de dominação masculina e fortalece a subordinação feminina¹⁷ (CISNE; SANTOS, 2018, p. 43).

O patriarcado não surgiu naturalmente, ele faz parte de um processo histórico de dominação, subalternização, no qual as mulheres são subsumidas da sua importância na esfera pública, do poder familiar, dos espaços comunitários, ficando restritas aos espaços privados. Segundo Cisne e Santos (2018, p. 45) “o patriarcado não surgiu espontaneamente no mundo das ideias ou da cultura, mas possui uma base material e sócio histórica”, significando que:

[...] as ideias e a cultura patriarcais são socialmente determinadas, com base em relações concretas. Dentre essas relações que dão base à estruturação do patriarcado, destacamos: 1) as relações sociais de sexo/sexualidade; 2) a constituição da família heteropatriarcal-monogâmica associada ao controle sobre a subjetividade e o corpo (e seus produtos – como o controle da procriação e a criminalização do aborto) da mulher e do que é associado ao feminicídio em toda sua heterogeneidade de expressão; 3) a divisão sexual e racial do trabalho; 4) a violência contra a mulher e a população LGBT¹⁸ (CISNE; SANTOS, 2018, p. 45).

Nesse processo histórico, nasce a família monogâmica como expressão do poder privado masculino como forma de controle sobre os membros: a mulher, filhos e escravos. Para Lessa (2012, p. 25), esse “processo se situa na transição para a sociedade

¹⁶ [...] o processo de instauração do patriarcado teve início no ano de 3100 a.C. e só se consolidou no ano 600 a.C. A forte resistência oposta pelas mulheres ao novo regime exigiu que os machos lutassem durante dois milênios e meio para chegar a sua consolidação (SAFIOTTI, 2004, p. 60).

¹⁷ O patriarcado, embora atinja de forma estrutural a sociedade, dirige suas implicações centralmente às mulheres; há, contudo, outros sujeitos que ao transgredirem o ‘modelo’ patriarcal de ‘macho’ também sofrem sua opressão. Todos eles, porém, são associadas pejorativamente ao sexo feminino. Assim, ainda que atinja outros sujeitos, a lógica que estrutura o patriarcado é de privilégio e dominação masculinos relacionados à subalternização e à invisibilização das mulheres e do que é associado ou considerado e identificado como feminino, a exemplo de travestis e das mulheres transexuais (CISNE; SANTOS, 2018, p. 43).

¹⁸ LGBT – Lésbica, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou transgêneros. Atualmente fala-se LGBTI, incluindo pessoas intersex.

de classes, sendo necessário a destruição dos laços primitivos que davam o sentido à coletividade”. Na sociedade burguesa, “o papel das mulheres é relegado à administração da casa, ao cuidado dos filhos, tendo como dever zelar pelo bem-estar físico e emocional dos dependentes, assim como pela estabilidade dos membros adultos do grupo” (BRUSCHINI, 2005). Tal fato deve-se, segundo a autora, ao isolamento da família nuclear moderna centrada no papel da mãe.

Na atualidade, verifica-se, conforme dados da última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, divulgada pelo IBGE em 2013, no Portal Brasil, que houve uma mudança no que se refere ao espaço da mulher nas famílias brasileiras: das 50 milhões de famílias (únicas e conviventes principais) que residiam em domicílios particulares em 2010, 37,3% tinham a mulher como responsável. No que se refere à escolaridade, há um número de mulheres com o nível de ensino maior que os homens, principalmente no que se refere ao ensino superior completo (12,5% das mulheres completaram a graduação contra 9,9% dos homens). No entanto, no mercado de trabalho, a depender da área, elas têm o rendimento menor que o dos homens.

Conforme as informações obtidas nesse documento, consta que a maioria das atividades femininas estão ligadas às áreas que solicitam características ditas femininas, como é discutido por Hirata (2014), aos homens as características no trabalho são de: criatividade, responsabilidade, iniciativa, capacidade técnica e autonomia, normalmente atributos importantes para cargos de chefia e gestão voltados para os homens. Conforme os dados da Pesquisa por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD C, 2017), as mulheres ocupam atividades profissionais tidas ainda como essencialmente femininas: empregados domésticos, na qual 92,3% são mulheres. Há ainda predominância nos setores da administração pública, defesa e seguridade social, educação, saúde e serviços sociais, a participação das mulheres (25,2%) era bem maior que a dos homens (10,9%). Em relação às atividades ligadas ao espaço familiar e ao da casa, as mulheres dedicam cerca de 18 horas semanais, 73% a mais do que os homens, ainda conforme o PNAD.

Tais dados apresentam uma importante desigualdade de gênero em todos os âmbitos, demonstram uma clara divisão sexual do trabalho, com os lugares sociais bem definidos, o que seriam considerados trabalhos de homens e de mulheres. Concordamos com Cisne e Santos (2018, p. 62) quando destacam que a “divisão sexual do trabalho

não é algo natural, tampouco corresponde a uma complementariedade e reciprocidade entre homens e mulheres”.

É necessária a compreensão da natureza e origem da desigualdade entre homens e mulheres, considerando que são de natureza sistêmica. É importante destacar que a divisão sexual do trabalho, segundo Hirata e Kergoat (2007), tem dois princípios organizadores: o princípio de separação (existem trabalhos de homens e trabalhos de mulheres) e o princípio hierárquico (um trabalho de homem “vale” mais que um trabalho de mulher). Contribuindo com tal discussão, Ávila (2007, p. 39) diz:

Esse princípio organizador da divisão sexual do trabalho estabelece uma outra configuração que associa homens/produção/esfera pública, mulheres/reprodução/espaço privado, conferindo a essas associações, dentro do mesmo princípio hierárquico, uma qualificação da primeira como sendo da ordem da cultura e a segunda como sendo da ordem da natureza.

Conforme Ávila et. al. (2015), os movimentos das mulheres entre trabalho remunerado e trabalho não remunerado são marcados pela permanência da divisão sexual e racial do trabalho, dimensões que estruturam a divisão social do trabalho no capitalismo patriarcal e racista, ainda de acordo com as autoras:

No Brasil, se a participação das mulheres no mercado de trabalho se ampliou consideravelmente nas últimas décadas, este movimento não foi acompanhado pela ruptura das rígidas fronteiras da divisão do trabalho na esfera familiar. As mulheres ampliaram sua participação no trabalho remunerado, carregando consigo as tarefas domésticas e de cuidado, enfrentando no cotidiano uma tensão permanente. Se há variações na participação das mulheres no mercado de trabalho, a participação no trabalho doméstico permanece invariável (ÁVILA et al., 2015, p. 11).

A inserção das mulheres no mercado de trabalho não possibilita de imediato sua autonomia, sendo necessária uma análise e as devidas mediações, sobretudo, no que se refere à desigualdade de gênero e social que as mulheres estão subordinadas no país dentro da estrutura capitalista e patriarcal. “O mercado de trabalho é também um locus de lutas e tensões entre inserção desigual e transformação social. Nesse sentido, a autonomia é um processo de construção das sujeitas individuais e coletivas” (ÁVILA et. al., 2015, p. 11).

Para demonstrar essa condição, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), por meio do seu recente relatório sobre o Panorama Temático Laboral: mulheres no mundo do trabalho (2019), na esfera do trabalho as mulheres têm importantes desvantagens em relação aos homens, apesar da inserção no mundo produtivo, como esclarece:

A la luz de estos progresos y cambios, las mujeres aún participan em desventaja frente a los hombres: por cada hora trabajada, las mujeres reciben ingresos laborales que son, en promedio, 17 % inferiores a los de los hombres con la misma edad, educación, presencia de niños em sus hogares, presencia de otros generadores de ingresos en el hogar, condición de ruralidad y tipo de trabajo (OIT, 2019, p.11).

A OIT destaca também que estas desvantagens não estão ligadas apenas aos salários, mas às condições de acesso ao mercado de trabalho na América Latina e Caribe. Explica que a taxa de desemprego das mulheres excede a dos homens, persistindo barreiras culturais no ingresso de homens e mulheres, como explica:

Las condiciones desfavorables de las mujeres en los mercados de trabajo no se restringen a los salarios: la participación laboral femenina alcanza poco más de dos tercios de la masculina, la tasa de desempleo femenina excede a la masculina y persisten las barreras culturales en el ingreso de hombres y mujeres a segmentos importantes de los mercados de trabajo predominantemente femeninos (servicio doméstico) y predominantemente masculinos (minería). Em décadas recientes las mujeres han conseguido mayor presencia en los mercados de trabajo, pero lo están haciendo, em mayor medida, en los segmentos flexibles de los mismos: trabajo a tiempo parcial, informalidad, empleo esporádico (solo algunos meses del año) y autoempleo (OIT, 2019, p. 12).

Ainda conforme o referido relatório, em relação às mulheres, as diferenças de renda do trabalho autônomo são mais altas quando há filhos menores de 6 anos de idade nos lares, no trabalho de meio período e no emprego informal, além de serem mais flexíveis, mas a um custo que resulta em menor renda.

Nessa perspectiva, as mulheres se inserem em atividades mais precarizadas, com baixos salários, menos horas e menor continuidade ao longo do seu ciclo de vida, em comparação aos homens, desde que possibilitem a realização das atividades de cuidados na família, que são tarefas ainda consideradas tipicamente femininas. Ainda de acordo com o relatório da OIT (2019), o aumento das mulheres nos postos de trabalho ocorre entre as jovens, casadas e com maridos com mais escolaridade que elas e ausência de filhos e parentes idosos em casa. É importante enfatizar que na América Latina e Caribe os homens ainda possuem cargos com mais alta hierarquia.

Apesar da inserção das mulheres no trabalho remunerado, ainda há o atrelamento no desenvolvimento das atividades não remuneradas em seu cotidiano, mesmo aquelas mais jovens ainda carregam o peso da atribuição do trabalho doméstico não remunerado. É com base no argumento da persistência da divisão sexual do trabalho em âmbito doméstico o uso do tempo entre as mulheres. Comumente quando “as mulheres

vivem com companheiros, exercem muito mais trabalho não remunerado, do que quando vivem sozinhas, mesmo na ausência de filhos” (RAMOS, 2011, p. 24).

Em relação às mulheres na Política de Saúde brasileira, no cotidiano profissional, pode-se observar empiricamente que as mulheres sem companheiros, quando estão em tratamento ou em situação que necessitam de cuidados de saúde, majoritariamente estes são desempenhados por outras mulheres, principalmente da população mais pauperizada, geralmente jovens e/ou adolescentes, que muitas vezes interrompem os seus estudos e projetos profissionais para realizar as atividades domésticas e de cuidado da família. Tal questão é compatível com a pesquisa realizada pelo IPEA (2019), sobre desigualdade de gênero, quando constatou-se o desempenho das atividades domésticas entre as mulheres. Também pode-se visualizar outras mulheres, que de forma solidária e/ou com alguma contribuição financeira precária, realizam os cuidados de outras mulheres, idosos e crianças.

No Brasil, a discrepância de gênero em termos de usos do tempo para afazeres domésticos permaneceu enorme durante o período de 1996 a 2008, considerando-se a população de 16 anos ou mais de idade: a proporção da população desta faixa etária que cuida de afazeres domésticos variou de 43,3% a 46,1% para homens e de 91,4% a 88,1% para mulheres entre o primeiro e o último ano da série, conforme Ramos (2011).

“A divisão sexual do trabalho é perpassada por uma importante desigualdade de gênero, que é socialmente construída, se assenta no sexo, situado no campo biológico, na esfera ontológica orgânica” (SAFFIOTI, 2015, p. 09). Além da questão do sexo, há diferenças no desempenho das atividades domésticas não remuneradas entre as mulheres quanto ao quesito raça/cor e por classe social.

A partir do recorte de classe e raça, conforme o Relatório sobre Desigualdades Sociais no Brasil, do Instituto de Pesquisas Sociais Aplicadas (IPEA, 2011), as mulheres negras desempenham proporcionalmente mais atividades domésticas. É possível observar que “desagregando-se o grupo das mulheres em segmentos de raça (brancas e negras), tem-se que há maior proporção de mulheres negras cuidando de afazeres domésticos do que de brancas – em geral, as negras têm 2,5 pontos percentuais” (RAMOS, 2011, p. 28). Em comparação aos homens, no quesito raça/cor, essa diferença é pouco significativa, como é possível visualizar:

Entre os homens não se verifica o mesmo, havendo até uma diferença percentual pequena e positiva para os brancos. Além disso, as mulheres negras figuram com um tempo médio semanal de dedicação a afazeres

domésticos superior em uma hora, em média, em relação às mulheres brancas, ao longo do período 2001-2008. Homens negros e brancos, mais uma vez, apresentam diferenças menos significativas também no que diz respeito ao tempo médio semanal, sendo a média para os negros de 10,8 horas e, para os brancos, de 10,3 horas (RAMOS, 2011, p. 28).

A carga maior do trabalho doméstico e de cuidado não remunerado de fato é realizado majoritariamente pelas mulheres. A partir dos dados apresentados, verifica-se que o tempo disponibilizado pelos homens para os afazeres domésticos¹⁹ são semelhantes, no que se refere ao quesito raça/cor. Comumente eles, realizam atividades consideradas mais pesadas (limpeza de jardim/quintal e da casa no final de semana, reparos domésticos, entre outros), entre as mulheres são realizadas atividades no cotidiano (limpeza da casa, retirada do lixo, alimentação, cuidados das crianças e de outros dependentes, administração e compra de alimentos, lavar e passar roupas, entre outras atividades), de acordo com as informações obtidas na pesquisa realizada por Ávila et. al. (2015).

Destaca-se a naturalização do discurso infantilizador em relação aos homens, no que se refere aos afazeres domésticos. No cotidiano, é comum ouvir mulheres dizerem que seus companheiros ou outros homens da casa não sabem fazer o trabalho do lar, ou que então não fazem bem e é preciso que a mulher refaça. Também nos deparamos com afirmações sobre a questão dos homens não saberem cuidar das crianças, uma vez que necessitam de cuidados específicos. Assim, a incorporação desse papel de cuidadora, da maternidade e de afeto como algo feminino, é tratada como da própria natureza das mulheres; muitas vezes considerado como instintivo, que ao longo da formação é inculcido por meio de uma construção diária. Federici (2019) reflete sobre a importância de estabelecermos nosso trabalho (doméstico) como trabalho, como afirma:

Essa é a perspectiva mais radical que podemos adotar, porque, embora possamos exigir creches, igualdade salarial, lavanderias gratuitas, nós nunca alcançaremos uma mudança real se não atacarmos diretamente a raiz dos papéis femininos. Nossa luta por serviços sociais, será sempre frustrada se nós não estabelecermos primeiramente que o nosso trabalho é trabalho. Se não lutarmos contra isso em sua totalidade, nunca alcançaremos a vitória (FEDERICI, 2019, p. 40-50).

¹⁹ Considera-se afazeres domésticos a realização, no domicílio de residência, de tarefas, que não se enquadram no conceito puramente econômico de trabalho de: a) arrumar e limpar toda ou parte da moradia; b) cozinhar ou preparar alimentos, passar roupas, lavar roupa ou louça, utilizando, ou não, aparelhos eletrodomésticos para executar estas tarefas para si ou para outro (s) morador (es); c) orientar ou dirigir trabalhadores domésticos na execução das tarefas domésticas; d) cuidar de filhos ou menores moradores; ou e) limpar o quintal ou terreno que circunda a residência (SOARES; SABOIA, 2007, p. 10).

Ainda para Federici (2019, p. 68), “o capital mantém homens e mulheres divididos, através do disciplinamento por meio de nós (mulheres) e nos disciplinou por meio deles, um contra o outro”, dessa forma entende que:

O trabalho doméstico é muito mais do que limpar a casa. É servir aos assalariados física, emocional e sexualmente, preparando-os para o trabalho dia após dia. É cuidar das nossas crianças – os trabalhadores do futuro – amparando-as desde o nascimento e ao longo da vida escolar, garantindo que seu desempenho esteja de acordo com o que é esperado pelo capitalismo (FEDERICI, 2019, p. 68).

A apropriação do tempo das mulheres pelo capital e também pelos homens (a quem o trabalho doméstico beneficia diretamente), no processo de reprodução social pode ser considerado como um ponto fundamental. “A mediação do trabalho doméstico realizado pelas mulheres na estruturação e reprodução das relações sociais capitalistas não explica sua permanência como uma atribuição majoritária feminina”, afirma Ferreira (2018, p. 94). Ainda explica:

A permanência deste trabalho como atribuição majoritária das mulheres, realizada de maneira gratuita, não serve evidentemente apenas aos interesses da reprodução do capital, antes, este sistema vale-se e reforça as relações de subordinação, apropriação e opressão das mulheres pelos homens no âmbito da família para fins de sua própria reprodução (FERREIRA, 2018, p. 94).

O tempo das mulheres é apropriado de forma significativa, não apenas nas atividades domésticas não remuneradas e de cuidado, como também nas atividades de lazer, esporte e autocuidado em geral. O tempo de vida muitas vezes é resumido ao trabalho, principalmente quando se trata das mulheres negras, pois as mulheres que se autodeclararam brancas têm mais acesso ao lazer. No que se refere à relação das “categorias afazeres domésticos e escolaridade, nota-se que a média de horas para a realização do trabalho doméstico cai à medida que o nível educacional aumenta para os dois sexos” (RAMOS, 2011, p. 33).

Faz-se necessário refletirmos sobre o tempo, seu estabelecimento e uso no cotidiano das mulheres. Em termos de Norbert Elias (1998, p. 34), em seu livro Sobre o Tempo, “a experiência humana do que chamamos ‘tempo’ modificou-se ao longo do passo, e continua a se modificar em nossos dias, não de modo estruturado, orientado e, como tal, passível de explicação”. O autor explica:

[...] a palavra ‘tempo’, diríamos, designa a relação que um grupo humano, ou qualquer grupo de seres vivos dotado de capacidade biológica de memória e síntese, estabelece entre dois ou mais processos, um dos quais é padronizado para servir aos outros como quadro de referência e padrão de medida (ELIAS, 1998, p. 40).

Para Ávila et al. (2015), a forma de desenvolvimento capitalista produziu historicamente uma vida cotidiana em que o tempo social que conta – o uso do tempo que tem valor – é aquele empregado na produção de mercadoria, gerador de mais-valia, porque a noção de valores está diretamente vinculada ao valor de troca que caracteriza a mercadoria.

O tempo das mulheres também é apropriado pelo Estado e suas instituições diretamente, especificamente estão relacionadas na execução e atribuição quanto aos cuidados das crianças, adolescentes, pessoas idosas e dependentes no âmbito familiar. Para Zola (2015, p. 52), “a família é simbolizada, no imaginário coletivo, a partir de visão funcionalista, como o grupo privilegiado de proteção social, em dimensões econômica e afetiva”. No entanto, é preciso compreender a família em sua totalidade e de forma contraditória, considerando que nem sempre esse espaço é cercado por proteção e afeto entre seus membros. É possível identificar que as negligências e violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas e com deficiência ocorrem, principalmente, na esfera familiar. Também é importante refletir que as violências e negligências também são cometidas pelo próprio Estado por omissão na execução das políticas públicas necessárias para a proteção dos grupos em situação de vulnerabilidade social.

As mulheres são as maiores afetadas, considerando que, apesar da maior escolaridade que os homens, ainda têm dificuldades em acessar o mercado de trabalho ou, quando acessam, suas atividades têm baixa remuneração e são ligadas a postos de trabalho ditos femininos, como já mencionado anteriormente. Além disso, devido à maior carga de cuidados, tendem a abandonar, mesmo que provisoriamente, seus projetos profissionais, necessitando acessar com maior frequência os benefícios oferecidos pelo Estado. Desse modo, pode-se afirmar que no Brasil o sistema de proteção social tem como:

[...] característica principal o familismo, que responsabiliza as famílias pelo bem-estar de seus membros, tendo o Estado um papel subsidiário, atuando apenas na impossibilidade ou na falência da proteção social familiar e na ausência de um mercado provedor de serviços de baixo custo, ou para aqueles que o mercado e a família não cobrem (ESPING-ANDERSEN, 1999 apud TEIXEIRA, 2016, p. 29).

As famílias, principalmente as mulheres, são sobrecarregadas com diversas atividades, sem que o Estado ofereça serviços que possam garantir a inserção feminina em diversos espaços de trabalho produtivo, de lazer e de autocuidado. Campos (2015, p.

40) enfatiza a importância de o Estado proporcionar serviços adequados e medidas relativas às condições do trabalho feminino no país. Corroborando com tal questão, Miotto e Dal Prá (2015, p. 149) afirmam que “a desigualdade de distribuição dos serviços, tanto em relação ao número quanto à qualidade, demarca de forma espetacular a distribuição da riqueza”.

Nessa perspectiva, e baseada na construção da ideologia em torno do papel maternal e de cuidado realizado pela mulher, é que se pode perceber nas diversas instituições e no território, no qual as famílias vivem, que quando as mulheres não realizam essas atividades da forma esperada, estipulada pelos padrões impostos na sociedade, são culpabilizadas e responsabilizadas por omissão, abandono e/ou negligência. Fica claro que o “trabalho doméstico e de cuidado não remunerado participa indiretamente na produção de mais-valor” (FERREIRA, 2018, p. 93) e atende subjetiva e materialmente as necessidades do capital.

“O trabalho doméstico e de cuidados, importantes atividades de sustentação das vidas de todas as pessoas e de sustentação também dos demais trabalhos, segue majoritariamente realizado pelas mulheres, de forma remunerada e não remunerada” (ÁVILA et al., 2015, p. 28). Para as mulheres que podem arcar com a contratação de outras mulheres para realização dos serviços domésticos, Ávila et al. (2015, p. 29) fazem uma importante reflexão:

É também o trabalho doméstico remunerado que possibilita, em grande medida, a liberação do tempo das mulheres para garantir sua presença e estabilidade no mercado de trabalho (ÁVILA, 2009). Nesse caso é estabelecida uma relação de contradição entre mulheres, na qual o trabalho doméstico gratuito e o trabalho doméstico remunerado permanecem como atribuição das mulheres.

Os dados estatísticos já apresentados sobre o Brasil corroboram com a leitura referente à desigualdade entre homens e mulheres. Para além das desigualdades no âmbito do trabalho remunerado e não remunerado, estas últimas ainda são vítimas de violência praticada, principalmente no âmbito privado, muitas vezes pelo próprio companheiro, segundo a Política Nacional à Violência Contra as Mulheres de Enfrentamento (2011).

A violência contra as mulheres, expressão da desigualdade de gênero e do patriarcado, vem crescendo estatisticamente no Brasil. O relatório recente da Organização Não Governamental (ONG) *Human Rights Watch* (2019) aponta uma epidemia de violência contra as mulheres no Brasil. Segundo o referido relatório, apesar

da Lei Maria da Penha²⁰ ser considerada bastante avançada no combate aos diversos tipos de violências contra as mulheres, assim como a Lei n.º 13.104, de 09 de março de 2015, que altera o artigo 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o artigo 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos (BRASIL, 2015), ainda no país cerca de 4.539 mulheres foram mortas no ano de 2017, conforme o referido documento. No entanto, os dados oficiais apresentam um número inferior, cerca de 1.133 casos de feminicídios. Apesar do avanço legal, há precarização nos serviços e de infraestrutura na rede de proteção social para o atendimento das mulheres em situação de violência, além da burocratização jurídica nos encaminhamentos e medidas de proteção.

No que se refere ao recorte por raça/cor, a taxa de homicídios entre mulheres não negras teve crescimento de 4,5% entre 2007 a 2017, a taxa de homicídios de mulheres negras cresceu 29,9%. Em termos absolutos, a diferença ainda é mais brutal, já que entre não negras o crescimento é de 1,7% e entre mulheres negras é de 60,5% (IPEA e FBSP, 2019), apresentando uma desigualdade de gênero e racismo alarmante. Ainda segundo o relatório:

A desigualdade racial pode ser vista também quando verificamos a proporção de mulheres negras entre as vítimas da violência letal: 66% de todas as mulheres assassinadas no país em 2017. O crescimento muito superior da violência letal entre mulheres negras em comparação com as não negras evidencia a enorme dificuldade que o Estado brasileiro tem de garantir a universalidade de suas políticas (IPEA;FBSP, 2019, p. 39).

As mulheres negras historicamente sofreram vários tipos de violências, havendo uma importante diferença na sociedade de como as mulheres brancas eram (e são) tratadas. A autora bell hooks (2004), em seu livro *Ain't I a Woman. Black Women and feminism*, trata sobre história e as condições das mulheres negras na América, como demonstra a seguir:

A exploração sexual em massa das mulheres negras escravizadas era uma consequência direta da política antimulher do patriarcado colonial da América. Dado que a mulher negra não era protegida nem pela lei ou opinião pública, ela era um alvo fácil. Enquanto o racismo foi claramente a maldade que decretou que o povo negro seria escravizado, foi o sexismo que determinou que o destino das mulheres negras seria duro, mais brutal do que o dos homens negros escravizados (hooks, 2014 p. 32).

20. Lei Maria da Penha, n. 11.340/2006, dispõe sobre os mecanismos de coibição à violência doméstica e familiar contra as mulheres.

Hirata (2014) destaca a importância da realização de pesquisas que trabalhem com a questão raça e gênero, assim como as diferenças entre homens brancos e negros, mulheres brancas e negras. “A divisão racial do trabalho é revelada pela discriminação e exploração diferenciada que a população negra sofre no mundo do trabalho, mas, também pela própria divisão que a dimensão étnico-racial opera entre as mulheres” (CISNE; SANTOS, 2018, p. 67).

No Brasil, diversos autores tratam sobre a situação da mulher negra escravizada e indígena e, a exemplo o autor Prado Jr. (2011), que traz em seu livro a história do povo brasileiro, a exploração, a apropriação de suas terras e dos seus corpos. Nessa perspectiva, o processo de constituição do Brasil foi marcado pela expropriação e exploração dos seus bens materiais e do seu povo a partir da colonização, escravidão e segregação. Segundo Minayo (2006) o mito da criação do povo brasileiro foi marcado pela terrível violência do estupro e da crueldade contra os índios e os negros.

Portanto, a violência estrutural está arraigada na formação brasileira até os dias atuais, com o agravamento das expressões da questão social. Essa violência está inserida nesse contexto de sociedade machista, heteropatriarcal e autoritária, dentro de um modo de produção capitalista. Sob essa ótica, conforme Haug (2006, p. 317), “o entrelaçado da exploração capitalista e uma específica divisão do trabalho em relação de gênero mostra que, entre outros tipos de opressão, a produção capitalista se apoia na opressão da mulher”.

Pode-se observar, como expressão dessa opressão, o retorno do discurso conservador e de cunho religioso na sociedade, principalmente na atualidade, de naturalização das diversas violências praticadas contra as mulheres, incluindo a perda de espaços para discussão sobre o direito sobre o corpo, no que se refere ao aborto e a outras questões referentes à sexualidade.

Em relação aos projetos profissionais e outras perspectivas para a sua vida, comumente as mulheres se ausentam desses projetos para realizarem os cuidados familiares, principalmente aquelas das classes sociais mais subalternizadas. Observa-se, portanto, que há uma naturalização desse tipo de trabalho familiar, podendo ser visto pela sociedade o cuidado como essencialmente feminino. Estas questões trazem à tona que o trabalho familiar é desenvolvido de maneira desigual, em sua totalidade realizado por mulheres, caracterizando uma divisão sexual do trabalho, dessa forma:

O trabalho doméstico familiar, a divisão do trabalho na família e no sistema de emprego, tempo de trabalho na família e no sistema de emprego, tempo de trabalho e tempo da família e a economia familiar, todos temas articulados que evidenciam a dinâmica familiar e a difícil conciliação entre trabalho profissional e família, destacadamente para a mulher, porque implica a combinação dessas duas dimensões, seja pelo entrosamento como pela sobreposição (ZOLA, 2015, p. 82 apud SARRACENO; NALDINI, 2003).

No sentido de ilustrar tal questão, o ensaio elaborado por Dedecca (2014), intitulado *Tempo, Trabalho e Gênero*, traz à discussão, entre outras questões, como a jornada de trabalho extrapola as esferas inscritas nos sistemas nacionais de relação de trabalho. Assim, para ele:

[...] o rearranjo do uso global do tempo tende a induzir modificações na distribuição social da riqueza. É possível, nesse caso, levar em consideração o tempo destinado à reprodução social, que não é remunerado mas contribui extensa e intensivamente para a organização social e econômica do capitalismo, o qual tem no trabalho da mulher sua centralidade (DEDECCA, 2014, p. 33).

Para Dedecca (2014), mesmo certos tipos de serviços estritamente pessoais, prestados diretamente ao consumidor e até dentro das famílias, podem revelar uma força disfarçada de exploração que reforça a acumulação. Nesse mesmo ensaio, constata que parte preponderante das mulheres desenvolvem trabalhos, caracterizados de afazeres domésticos, sendo que menos da metade dos homens destina seu tempo para esse tipo de atividade. Tal desigualdade de gênero está inserida em uma divisão sexual do trabalho que para Lima (2014, p. 56) pode entender-se:

[...] que estas relações hierárquicas constituem em um dos mecanismos para a manutenção de subordinação da mulher, atribuindo a elas e aos homens lugares diferenciados e desiguais no mercado de trabalho, ampliando-se para outros setores da vida social. A isto se aplica a redução dos custos, com a reprodução da força de trabalho e, ainda, faz aumentar a exploração de trabalhadores e trabalhadoras dos diversos setores produtivos.

Para Lima (2014), a divisão sexual do trabalho se reproduz e se recria tanto na produção como na reprodução. “A mudança da divisão sexual do trabalho doméstico é, enfim, uma pré-condição para concretizar essa cidadania mundial através de uma efetiva igualdade social e sexual”, como afirma Hirata (2014, p. 20).

No entanto, no contexto atual é evidente o discurso ultraconservador e ultraneoliberal, com restrição do acesso aos direitos sociais, desmonte das políticas públicas e amplo acesso ao mercado ao que era antes de responsabilidade do Estado (Saúde, educação, água, entre outros), ao menos no plano formal, estando de acordo com o direcionamento do paradigma neoliberal. A partir desta perspectiva, foi constatado pelo “movimento das mulheres em relação ao trabalho reprodutivo no

contexto neoliberal o aumento da jornada decorrente das políticas de ajuste estrutural”, conforme Nobre (2014, p. 64), que esclarece:

Aos poucos foi se verificando um movimento em três sentidos, às vezes contraditórios, às vezes articulados: crise no padrão de reprodução, a mercantilização da reprodução, o reforço do papel das mulheres como cuidadoras.

É nesse contexto de difusão e supremacia das práticas políticas, discursos e da ideologia neoliberais que se verifica, de acordo com Barbosa Filho e Rocha (2018, p. 38), que “a pandemia de AIDS vem assumindo uma tendência de expansão e concentração entre os grupos mais precarizados, explorados e subalternizados: homens e mulheres que vivem em áreas rurais e grupos populacionais mais empobrecidos das áreas urbanas”.

Nesse sentido, tais reflexões são importantes para desvelar o nosso objeto de estudo, especificamente, trazendo para o debate a sobrecarga do trabalho de cuidado familiar das mulheres que vivem com HIV/AIDS e os impactos na saúde e adesão de tratamento.

2.2 Impactos do conservadorismo contemporâneo brasileiro no cotidiano das mulheres

Nesses últimos anos, especialmente no governo do então presidente Jair Bolsonaro (2019...), observa-se um discurso fortemente ligado à defesa em relação ao retrocesso dos direitos sociais e trabalhistas conquistados no decorrer da década dos anos de redemocratização do Brasil. Em relação às mulheres, durante sua vida política e campanha eleitoral para a Presidência da República, o presidente expressou seus pensamentos a partir de um direcionamento da manutenção da desigualdade de gênero e reforço à naturalização da violência contra as mulheres. A exemplo dessa questão, enfatizou que não pagaria o mesmo salário a homens e mulheres,²¹ assim como em

²¹ Em entrevista concedida à Rede TV! , houve a seguinte fala: "Eu não empregaria [mulheres e homens] com o mesmo salário. Mas tem muita mulher que é competente", disse Bolsonaro em entrevista à apresentadora Luciana Gimenez, na RedeTV!, em 2016. Disponível em: <https://www.huffpostbrasil.com/2018/08/18/bolsonaro-afirmou-sim-que-nao-empregaria-mulher-com-mesmo-salario-de-homem_a_23504540/>.

outra entrevista justificou que essa diferença é ocasionada pelo fato das mulheres se afastarem do trabalho por engravidarem (licença-maternidade)²². Para visualizar tal retrocesso, em outubro de 2019, quando a legislação do trabalho temporário²³ foi regulamentada por meio do decreto n.º 10.060, assinado pelo então presidente Jair Bolsonaro, nada dispõe sobre os casos de mulheres grávidas e como seriam as regras de proteção à estabilidade. Tal tema foi tratado pelo Tribunal Superior do Trabalho (TST)²⁴, decidindo que as contratadas em regime temporário que engravidarem não terão o direito de estabilidade no emprego, direito que se estende para gestantes em outras modalidades de contrato. Portanto, não receberão o direito aos salários do período, como forma de indenização como ocorre com as mulheres contratadas de forma tradicional. É possível identificar a concretização do desmonte das políticas públicas, tão analisadas nas discussões das instituições e no âmbito acadêmico.

A trajetória desse desmonte no Estado brasileiro ocorre desde a década de 1990, por meio de um processo de contrarreforma do Estado, com redução de investimentos, especialmente nas políticas sociais, e um desmonte nos serviços de atendimento à população e de “obstaculização e/ou redirecionamento das conquistas da Constituição Federal de 1988” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 147), indo de encontro aos princípios e direitos fundamentais garantidos na referida Constituição brasileira.

²² O deputado explicava uma entrevista que concedera ao jornal Zero Hora em 2014. "Entre um homem e uma mulher jovem, o que o empresário pensa? 'Poxa, essa mulher está com aliança no dedo, daqui a pouco engravida, 6 meses de licença-maternidade'. Quem que vai pagar a conta? O empregador", disse Bolsonaro ao jornal. "Por isso que o cara paga menos para a mulher! É muito fácil eu, que sou empregado, falar que é injusto, que tem que pagar salário igual", completou. Disponível em: <https://www.huffpostbrasil.com/2018/08/18/bolsonaro-afirmou-sim-que-nao-empregaria-mulher-com-mesmo-salario-de-homem_a_23504540/>

²³ Conforme o decreto n.º 10.060/2019, em seu art. 2º, é considerado Trabalho Temporário aquele prestado por pessoa física contratada por uma empresa de trabalho temporário que a coloca à disposição de uma empresa tomadora de serviços ou cliente, para atender à necessidade de substituição transitória de pessoal permanente ou à demanda complementar de serviços.

²⁴ Matérias disponíveis em: <<https://exame.abril.com.br/carreira/contrato-temporario-nao-dara-estabilidade-para-quem-engravidar-decidi-tst/>> e <<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2019/10/tst-suspende-processos-trabalhistas-sobre-normas-coletivas.shtml>>.

Nesse sentido, de acordo com Rocha (2017), a partir dessas mudanças no cenário nacional, pode-se perceber o agravamento da falta de condições objetivas de sobrevivência das (os) trabalhadoras (es) — aumento do desemprego, inflação, violência, redução de acesso às políticas públicas e serviços sociais. A redução dos direitos é justificada pela crise fiscal do Estado, existindo um abismo entre o direito e as conquistas sociais garantidas na Constituição Federal de 1988 e a realidade.

“Há uma convergência teórica no sentido de que os pilares da economia de mercado foram integralmente mantidos nos governos Lula e Dilma, embora tenha existido uma maior distribuição de renda e avanço das políticas públicas” (KELLER, 2019, p. 63). Os referidos governos tentaram aliar as demandas da burguesia brasileira aos programas de transferência de renda e benefícios sociais, buscando, também, institucionalizar os anseios das minorias (LGBT’s, Negros, Mulheres, etc.), sem, no entanto, deixar de atender os imperativos do capital (ROCHA, 2017).

Esse direcionamento permaneceu com Michel Temer, com “a aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização *não clássica* na saúde, adensados pelo congelamento de recursos orçamentários” (BRAVO; PEALEZ; PINHEIRO, 2018, p. 13), sem a participação popular e reforçando o direcionamento sempre a favor do capital. O atual presidente Jair Bolsonaro demonstra trilhar o caminho do ultraliberalismo e conservadorismo, através da desregulamentação dos direitos trabalhistas²⁵, da previdência social, entre outros direitos sociais. Para Sorana Santos (2019), o projeto do atual governo, que combina ultraneoliberalismo econômico e reacionarismo político-cultural, inclui a luta em torno do próprio papel do Estado, em especial no que diz respeito à política social. Ainda completa que:

[...] o desgaste do regime democrático-eleitoral, com o uso pelos conservadores do tema da corrupção, e a crise provocada pelo neoliberalismo levaram ao fortalecimento da ofensiva social, política, econômica e ideológica sobre a classe trabalhadora, e saídas autoritárias para a resolução dos conflitos. São medidas que tentam construir um consentimento que

25 “Em encontro com empresários chilenos o presidente do Brasil, Jair Bolsonaro, declara que ‘a equipe econômica nossa também trabalha uma forma de desburocratizar o governo, desregular muita coisa. Tenho dito à equipe econômica que na questão trabalhista nós devemos beirar a informalidade porque a nossa mão de obra é talvez uma das mais caras do mundo’”. (Diário de Pernambuco, 23 de março de 2019).

avalize a retirada dos direitos conquistados, os quais são apresentados como a razão da crise econômica e decadência moral (SANTOS, 2019)²⁶.

Braz (2017) já indicava tendência a mudanças profundas no Brasil, com a intenção de acelerar as condições de aplicação de políticas que destravem os obstáculos (políticos, econômicos, sociais e ideológicos), visando à implementação de uma agenda regressiva para a classe trabalhadora em todos os níveis. Também pontua, entre outros aspectos, o processo intenso de redução dos custos do trabalho no país, aumento da produtividade média do trabalho e readequação das políticas sociais a um novo programa neoliberal, causando impactos importantes na vida dos (as) trabalhadores (as) brasileiros (as).

Essas mudanças apontadas por Braz (2017) já estão sendo amplamente concretizadas no país. Para Almeida (2019), a eleição de Bolsonaro, como tantas outras eleições, foi o resultado de situações conjunturais e de processos estruturais, em outros termos, de performances individuais e de dinâmicas coletivas. Ainda para o autor, as pautas dos costumes foram assumidas pelo então presidente, agradando às forças cristãs do Congresso Nacional. É nesse contexto que as expressões da questão social tendem a ser mais naturalizadas, sendo tratadas com políticas focalizadas, com o discurso do mérito, da responsabilidade individual, aprofundamento da pobreza e da desigualdade social. Pode-se observar que as ações do atual governo trazem poucas mudanças (ou nenhuma) na vida da classe trabalhadora.

Assim, de acordo com Netto (1995), é no processo de materialização do neoliberalismo, em face da crise contemporânea da ordem do capital, que se coloca a necessidade de erradicar os mecanismos regulatórios que contenham qualquer componente democrático de controle do movimento do capital, possibilitando assim o Estado máximo para o capital. Tal questão é concretizada na atualidade, a exemplo da Lei n.º 13.467 de 13 de junho de 2017, que altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com a finalidade de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Além da tramitação da Reforma da Previdência, por meio da Proposta de Emenda Constitucional (PEC 06/2019), que:

²⁶ Ler matéria completa em: <<https://esquerdaonline.com.br/2019/08/30/forma-necessaria-ultraneoliberalismo-politica-social-e-conservadorismo-moral-sob-governo-bolsonaro/>>.

Altera as regras de aposentadoria e pensão aplicáveis aos trabalhadores segurados do Regime Geral de Previdência Social, aos servidores públicos civis e aos detentores de mandato eletivo. Dispõe sobre a contribuição previdenciária extraordinária e a fixação de alíquotas progressivas para a contribuição previdenciária ordinária dos servidores públicos. Dispõe sobre a contribuição previdenciária devida pelo segurado empregado e pelo trabalhador avulso. Dispõe sobre o salário-família e o auxílio-reclusão. Retira da Constituição a possibilidade de ser aplicada a sanção de aposentadoria a membros do Poder Judiciário e do Ministério Público (BRASILIA, 2019).

O discurso para justificar a mudança na legislação é atribuído à necessidade de desburocratização e incentivos fiscais para as empresas e, como consequência, o aumento do emprego. No entanto, os últimos dados do IBGE (2019) demonstram que a taxa de desemprego era de 11,8%, em agosto de 2019, atingindo cerca de 12,6 milhões de pessoas. Conforme os resultados da pesquisa do IBGE, houve uma tímida redução na taxa de desemprego (12,6%) em comparação ao mesmo trimestre do ano de 2018. Porém, os dados demonstram que o aumento da população ocupada tem sido puxado pela informalidade, atingindo 41,4% da população ocupada, ou cerca de 38 milhões de pessoas (IBGE, 2019).

Destaca-se também uma importante desigualdade social entre as regiões do país, em geral, as maiores taxas de desocupação²⁷ foram observadas nos estados da Região Nordeste (14,4%), e as menores nos da Região Sul (9,1%) conforme dados do IBGE (2019). Também é importante ressaltar, de acordo com o documento do IPEA (2019), que por meio do recorte de gênero, os rendimentos recebidos pelas mulheres continuam apresentando variação superior à registrada pelos homens, porém ainda persiste uma desigualdade de gênero, considerando que as mulheres ainda recebem menos pelo seu trabalho em comparação aos homens.

Observa-se que muitos (as) desses (as) trabalhadores e trabalhadoras estão vinculados ao sistema de aplicativos e/ou realizam trabalhos informais, como alternativa para sobrevivência material individual e/ou da família. Conforme análise do IPEA (2019) considera-se que:

²⁷São classificadas como desocupadas na semana de referência as pessoas sem trabalho em ocupação nessa semana que tomaram alguma providência efetiva para consegui-lo no período de referência de 30 dias, e que estavam disponíveis para assumi-lo na semana de referência. Consideram-se, também, como desocupadas as pessoas sem trabalho em ocupação na semana de referência que não tomaram providência efetiva para consegui-lo no período de referência de 30 dias porque já o haviam conseguido e iriam começá-lo em menos de quatro meses após o último dia da semana de referência (IBGE, 2019, p. 4).

Estudiosos do trabalho já levantaram a hipótese de que esteja em curso uma mudança estrutural das relações de trabalho, em grande parte devido à consolidação da ‘economia dos aplicativos’. Em matéria recente da revista Exame, encontra-se a estimativa de que cerca de 18 milhões de pessoas nas regiões metropolitanas, e 45 milhões no país como um todo, já utilizaram algum aplicativo para obter renda. O Boletim de Mercado e Trabalho (Ipea) destaca, no número 66, o grande crescimento do trabalho por conta própria no subsetor de transporte terrestre e nas atividades de entrega, e o associa à difusão dos serviços providos por aplicativos de transporte de pessoas em carros particulares e de entregas através de bicicletas e motocicletas (IPEA, 2019, p. 10).

As modificações na legislação brasileira possibilitam a superexploração do trabalho, limitando a proteção legal dos trabalhadores, por meio da utilização da retórica do empreendedorismo e autonomia. O discurso exalta a não subordinação dos trabalhadores (as) às empresas, assim como o cumprimento de metas e horários, a partir de uma falsa ideia de liberdade. Para exemplificar essas mudanças, recentemente foi alterada, por meio da Medida Provisória 905/2019²⁸, que os acidentes de trânsito ocorridos no trajeto até o trabalho não são mais considerados acidentes de percurso, portanto os empregados estarão descobertos dos direitos previdenciários e trabalhistas. Contraditoriamente, essa liberdade construída por meio da institucionalização de legislações vigentes, fragiliza a proteção social dos (as) trabalhadores (as) e acarreta a apropriação do seu corpo e tempo de vida. Harvey (2007, p. 2) confirma essa tendência, na qual o:

[...] neoliberalismo é uma teoria sobre práticas de política econômica que afirma que o bem-estar humano pode ser mais bem promovido por meio da maximização das liberdades empresariais dentro de um quadro institucional caracterizado por direitos de propriedade privada, liberdade individual, mercados livres e livre comércio.

Dentro desse contexto, é proporcionado o ataque aos direitos sociais e trabalhistas, e assim o Estado deixa de proporcionar o bem-estar social. É possível visualizar esses aspectos, desde a gestão do então presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva, mesmo que em menor proporção. Conforme Marques e Mendes (2007), nesse período a justificativa era a necessidade de flexibilizar a alocação de recursos para crescimento do país, com a intenção de tirar do Ministério da Saúde a obrigação de gastar, em relação ao ano anterior, valor acrescido da variação nominal do PIB (Produto Interno Bruto). Keller (2019, p. 131) analisa que “o período Lula-Dilma representa mais uma transição

²⁸ Matéria disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2019-nov-21/mp-define-acidente-deslocamento-nao-acidente-trabalho>>.

política conservadora pelo alto, característica recorrente na história do desenvolvimento capitalista no Brasil”.

Ainda Keller (2019, p. 37) traz uma importante reflexão sobre a implementação do neoliberalismo no Brasil, que para a autora “foi realizada por vias de imposição de ditames internacionais, de maneira distinta do que se configurou nos países de economia central, as suas características essenciais foram preservadas”. Outro aspecto importante trazido por Keller (2019) é que:

Houve a reprodução da ideologia do individualismo exacerbado, associada à formação socioeconômica do Brasil, onde a efetivação dos direitos sociais sempre ocorreu de forma residual, definiu a forma com que o neoliberalismo incidiu sobre o reforço das desigualdades sociais (ibidem, p. 36).

Segundo a autora, “no Brasil a ofensiva conservadora, por vezes alinhada a fundamentos de origem liberal-econômica, repercutiu diretamente na configuração do contexto de queda do governo neodesenvolvimentista²⁹ em 2016” (KELLER, 2019, p. 84). Alguns autores (KELLER, 2019; SOUZA, 2015; SOARES, 2017) apontam que a ofensiva conservadora da atualidade está ligada a algumas mudanças políticas do país e com a onda de protestos ocorridos em junho de 2013³⁰, desencadeadas pela luta organizada pelo Movimento Passe Livre (MPL) de São Paulo contra o aumento das tarifas dos transportes públicos (MPL, 2013).

Esses protestos também foram associados aos megaeventos ocorridos desde 2014, como a Copa do Mundo e os Jogos Olímpicos em 2016. Para Vainer (2013, p. 37), “não há como não reconhecer a conexão estreita entre os protestos e o contexto propiciado pelos intensos e maciços investimentos urbanos associados a esses eventos”. Para Keller (2019), fatores internos e externos modificaram a situação de estabilidade política, sobretudo no final do primeiro mandato e início do segundo mandato de Dilma Rousseff, destituindo-a da presidência em 2016, destaca alguns elementos centrais, são eles:

²⁹ Os governos do então presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva e com a continuidade com Dilma Rousseff foram baseados na inspiração neodesenvolvimentista (KELLER, 2019).

³⁰ Tomando as ruas, as Jornadas de Junho de 2013 rasgaram toda e qualquer perspectiva técnica acerca das tarifas e da gestão dos transportes que procurasse restringir seu entendimento aos especialistas e sua “racionalidade”, a serviço dos de cima (MPL, 2013).

a) onda de protestos iniciada em Junho de 2013, que afrontava o sistema político-partidário brasileiro diante da extenuação do projeto de conciliação de classes; b) o processo de desaceleração econômica e aumento do desemprego; c) os escândalos de corrupção denunciados na ‘Operação Lava-Jato’; d) a crise política do presidencialismo de coalização (KELLER, 2019, p. 85).

Esse movimento, juntamente com uma articulação política contrária ao governo Dilma, permitiu sua derrocada por meio do Golpe de 2016, quando Michel Temer assumiu a presidência da República. Após todos esses acontecimentos, o que se pôde presenciar foi um avanço conservador poucas vezes visto na história da sociedade brasileira, não que em algum momento tenha deixado de ser reacionária, anacrônica, xenofóbica e senzalista, como afirma Soares (2017). Keller (2019) acrescenta:

No contexto em que o Brasil sofreu um golpe encenado pelo impeachment de Dilma Rousseff, as perversas heranças do passado autoritário e conservador foram restabelecidas com vigor. Os discursos de ódio, o moralismo exacerbado e o apelo à “ordem” que esconde o caos capitalista em uma veste de harmonia social se aliam aos interesses econômicos mais tiranos e despreocupados com qualquer demanda social (KELLER, 2019, p. 132).

A partir desse direcionamento, de negação dos direitos sociais, as políticas públicas e a população brasileira sofrem novo ataque. Claramente é articulado um processo de desmonte na Política de Saúde, agravada de forma mais significativa, com a Emenda Constitucional n.º 95, de 15 de dezembro de 2016. Tal emenda altera o ato das disposições Constitucionais transitórias, para instituir o novo regime fiscal, ou seja, congela por 20 anos os investimentos na área de Seguridade Social, causando importantes impactos nos investimentos nas políticas públicas, em especial na saúde. Segundo Mariano (2017, p. 261), a Emenda Constitucional n.º95 “obviamente impedirá os investimentos necessários à manutenção e expansão dos serviços públicos, incorporação de inovações tecnológicas, aumentos de remuneração e contratação de pessoal”, entre outros investimentos na área e acrescenta:

Além da suspensão do projeto constituinte de 1988, o novo regime fiscal revela uma clara opção por uma antidemocracia econômica, inviabilizando a expansão e até mesmo a própria manutenção de políticas públicas para reservar dinheiro público e garantir o pagamento das obrigações assumidas pelo governo federal brasileiro perante os credores da dívida pública (MARIANO, 2017, p. 262).

A constante perda dos direitos sociais do povo brasileiro, está imbuído no seu processo histórico, sendo possível destacar que o Brasil foi construído por meio da violência dos seus povos originários, da cultura do estupro, da expropriação dos bens e da terra, bem como foi possível visualizar aspectos conservadores referente aos

costumes das elites que aqui se instalaram. Nesse sentido, ressalta-se, conforme Souza (2015) que os ideais conservadores não advêm desta década. O autor considera que a partir de finais da década de 1910 até 1960-70 seria admissível supor como período de formação do pensamento conservador moderno. Exponentes de distintas áreas do saber elaboraram sistemas totalizantes de explicação da vida social. Para Souza (2015), o conservadorismo moderno incorporou o conceito de “totalitarismo” nesses termos niveladores e, com ele, elaborou uma concepção de mundo que encastela o significado ontológico do tempo presente, esvaziando-se do devir histórico. Ainda segundo ele:

Realiza esse encastelamento através, de um lado, da blindagem do presente em relação a ‘utopias’ revolucionárias, que desejam transformar radicalmente a sociedade vigente. De outro, projetando-se contrários às utopias reacionárias, aferradas que são às formas do passado. Com essa blindagem ‘presentista’ (nem passado - reacionário, nem futuro - revolucionário), somente o presente importa (SOUZA, 2015 p. 07).

Essas características estão presentes no cenário político brasileiro, com a eleição do atual presidente Bolsonaro, consolidando no âmbito da política e processo social a *onda conservadora*, a qual articula, em níveis diferentes, pelo menos quatro linhas de forças sociais: economicamente liberal, moralmente reguladora, securitariamente punitiva e socialmente intolerante, afirma Almeida (2019). Ainda segundo o autor, Bolsonaro mantém o vínculo com o segmento evangélico e tem sua base de sustentação as Forças Armadas, que tiveram acesso no centro do poder político por meio do processo democrático e não por uma intervenção.

Em relação às questões que dizem respeito as mulheres, observa-se um retrocesso, no que se refere ao discurso em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, inclusive os já garantidos por lei, especificamente a interrupção de gestação, que atualmente é garantido nessas seguintes situações: quando a gravidez representa risco de vida para a gestante; quando a gravidez é o resultado de violência sexual; quando o feto for anencefálico (julgado pelo STF em 2012 e declarado como parto antecipado com fins terapêuticos)³¹. O aborto no Brasil é considerado crime contra a vida humana e prevista punição no Código Penal.

Esses retrocessos são evidenciados pelo avanço de Projetos de Lei (PL), anteriormente arquivados, que se referem ao aborto, a exemplo do PL de autoria do

³¹ Disponível em: <<https://examedaoab.jusbrasil.com.br/artigos/414535657/aborto-o-que-diz-a-lei>>

Senador Flávio Arns, que criminaliza o aborto provocado, mesmo aquele motivado pela má formação do feto, alterando o Código Penal brasileiro. Outro PL, de n.º 5069/2013, criado por Eduardo Cunha (MDB), na ocasião de seu mandato, com o objetivo de dificultar o acesso ao aborto legal previsto em lei, especialmente para as mulheres em situação de violência sexual.

Além disso, o Senado desarquivou no início de fevereiro de 2019 uma proposta de Emenda à Constituição (PEC) que pretende acrescentar ao documento um dispositivo que classifica o direito à vida como inviolável “desde a concepção” (SCORCE, 2019). Outras questões entram em pauta no atual Congresso Nacional, como o fim das cotas que estabelece uma reserva mínima para que as mulheres possam disputar os cargos no âmbito político. É possível também identificar o aprofundamento da desigualdade de gênero, quanto à alteração de regras previdenciárias no que se refere ao tempo e idade para aposentadoria de homens e mulheres³². Destaca-se que as estatísticas demonstram, como já mencionado, que as mulheres desempenham atividades de trabalho remunerado e não remunerado simultaneamente, este último, principalmente, dedicando mais horas de seu tempo nos cuidados dos familiares e da casa (atividades domésticas).

Esses retrocessos não foram vistos de forma mais explícita nos governos anteriores e/ou não obtiveram espaço para tais discussões, uma vez que as políticas públicas possibilitaram alguns avanços no campo dos direitos das mulheres. Almeida (2019) afirma que as questões de gênero conquistaram muita visibilidade e legitimidade nas últimas décadas do Brasil. Assim, em relação aos costumes, mais do que uma onda, houve uma reação conservadora, a julgar pelas declarações regressivas de Bolsonaro em toda sua carreira política e durante a campanha.

Segundo Demier e Hoeveler (2018, p. 89), “como é de hábito em tempos conservadores, quando as ideias socialistas não encontram capilaridade no tecido social e a consciência dos subalternos se encontra por demais rebaixada, a aparência da coisa foi tomada como a essência da própria coisa”. Nesse sentido, a criação do Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, tendo como ministra Damares Alves, apresenta traços dessa tomada da aparência como essência, na qual trata a questão das mulheres,

³² Ler SCORCE, Carol. Os projetos conservadores que são ameaças reais às mulheres em 2019. Carta Capital. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/diversidade/os-projetos-conservadores-que-sao-ameacas-reais-as-mulheres/>>.

da violência e da desigualdade de forma superficial, com a tendência a naturalizar a divisão sexual do trabalho e o lugar que as mulheres ocupam.

A atual ministra apresenta um perfil mais conservador, de defesa da família tradicional e dos costumes direcionados aos padrões da religiosidade cristã. Defende a restrição dos direitos sexuais das mulheres, na linha do não aborto, mesmo nos casos previstos por lei, sugerindo que o Governo custeasse um valor mensal para que as mulheres não realizassem a retirada do feto. Isso demonstra o direcionamento no controle da sexualidade e do corpo feminino, sem que haja políticas públicas que possibilitem a construção da autonomia, serviços sociais adequados e direitos sociais para as mulheres, além da reafirmação ideológica do Estado não laico.

Recentemente, em novembro de 2019, a ministra anunciou ações para atendimento de mulheres em situação de violência, por meio da ampliação de capacitação dos funcionários lotados nas delegacias de polícia e outros agentes públicos. Além disso, sugere que serão implantadas delegacias específicas para as mulheres em todo o país. A ideia também é pintar as salas de rosa para atendimento de mulheres nesses espaços, como símbolo feminino, reafirmando a ideia da fragilidade da mulher. Tais iniciativas estão inseridas no Programa “Salve uma Mulher”, que tem como objetivo a realização de ações de sensibilização, campanhas e capacitação de voluntários, por meio de agentes públicos e privados, que serão multiplicadores para a capacitação e formação de voluntários³³.

A partir dessas questões, é possível refletir que as ações voltadas para o enfrentamento à violência contra as mulheres ainda são incipientes, centradas na violação do direito e na individualização da questão. Não é possível visualizar políticas de prevenção e de combate à violência e outras políticas afirmativas indicando os direitos das mulheres, sem romper com as discussões já tratadas e defendidas pelo movimento feminista. Solange Rocha (2011, p. 49) coloca que “historicamente considerada como função reprodutiva ou biológica, a sexualidade passou a ser discutida inicialmente pela psicanálise”, seguida pelo feminismo como uma questão que se torna independente da reprodução, ainda acrescenta:

³³ Sobre o Programa, é possível encontrar algumas informações no endereço eletrônico: <<https://www.mdh.gov.br/todas-as-noticias/2019/outubro/lancado-pelo-mmfdh-projeto-salve-uma-mulher-visa-mobilizar-a-sociedade-no-enfrentamento-a-violencia-domestica>>.

[...] alcança um patamar sócio-cultural e ético, relativo ao campo do direito, das opções e escolhas das mulheres. Tais decisões esbarram diretamente nas relações de poder, razão porque sexualidade e reprodução são questões que têm incidência no âmbito democrático, das políticas e dos direitos humanos, particularmente dos direitos reprodutivos e direitos sexuais (ROCHA, 2011, p. 49).

O controle sexual e do corpo feminino, assim como a padronização do seu comportamento e sujeição às normas da sociedade, é característica típica do patriarcado. Para Saffioti (2009, p. 12), “a base material do patriarcado não foi destruída, não obstante os avanços femininos, quer na área profissional, quer na representação do parlamento brasileiro e demais postos eletivos da arena política”. Ainda acrescenta:

[...] o tradicional menor acesso das mulheres à educação adequada à obtenção de um posto de trabalho prestigioso e bem remunerado. Este fenômeno marginalizou-as de muitas posições no mercado de trabalho. A exploração chega ao ponto de os salários médios das trabalhadoras brasileiras representarem tão-somente cerca de 60% (IBGE) dos rendimentos dos salários médios dos trabalhadores brasileiros, embora, nos dias atuais, o grau de escolaridade das primeiras seja bem superior ao dos segundos (SAFFIOTI, 2015, p. 12).

Saffioti (2009) esclarece que comumente nas camadas mais pobres, meninas e meninos começam a trabalhar mais cedo. As meninas são direcionadas para realizarem atividades domésticas, em sua própria casa ou como assalariada, podendo acessar o ensino, pois há maior compatibilidade de horários para frequentarem as escolas. Enquanto os meninos realizam trabalhos fora de casa.

É possível visualizar que a dominação-exploração constitui um único fenômeno, apresentando duas faces. A base econômica do patriarcado não consiste apenas na intensa discriminação salarial das trabalhadoras, em sua segregação ocupacional e em sua marginalização de importantes papéis econômicos e políticos-deliberativos, mas também no controle da sexualidade e, por conseguinte, de sua capacidade reprodutiva (SAFFIOTI, 2009, p. 12).

Em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, muito se tem que avançar. Rocha (2011, p. 55) reflete que a “sexualidade não é reduzida a uma parte do corpo ou a um impulso, deve ser entendida como parte integral de uma matriz de forças sociais, econômicas, culturais e relacionais, é construída para que seja concedida”. Para ela:

A sexualidade tem sido um dos espaços de extremo controle sobre as relações entre homens e mulheres, que adquire uma dimensão bem maior quando dirigido a relações entre pessoas do mesmo sexo, principalmente, entre lésbicas. Esse controle é exercido de diversas maneiras: desde punição através da agressão direta à invisibilidade e dessexualização da relação amorosa das mulheres (ROCHA, 2011, p. 60).

Federici (2004) alerta que a criminalização do controle das mulheres sobre a procriação é um fenômeno cuja importância não pode deixar de ser enfatizada, tanto do ponto de vista de seus efeitos sobre as mulheres, quanto por suas consequências na organização capitalista do trabalho, e acrescenta:

Aqui, quero apenas ressaltar que, ao negar às mulheres o controle sobre seus corpos, o Estado privou-as da condição fundamental de sua integridade física e psicológica, degradando a maternidade à condição de trabalho forçado, além de confinar as mulheres à atividade reprodutiva de um modo desconhecido por sociedades anteriores (FEDERICI, 2004, p. 168).

Faz-se necessário refletir sobre o patriarcado e as relações de subordinação das mulheres em relação aos homens, ao Estado e ao capital. A insistência e o reforço, sempre que necessário, de que são as mulheres as responsáveis pelos cuidados, a partir de uma divisão sexual do trabalho, assim como a atribuição de que são as mulheres responsáveis pelo afeto e pela sustentação da família burguesa.

Saffioti (2009, p. 04) afirma que “qualquer que seja a profundidade da exploração- dominação da categoria mulheres pela dos homens, a natureza do patriarcado continua a mesma”. A violência extrema perpetrada contra as mulheres de todas as formas, especificamente no Brasil, é uma forma de controle, inclusive do Estado, quando culpabiliza, naturaliza e individualiza a questão da violência. Convém lembrar que o patriarcado serve a interesses dos grupos/classes dominantes (SAFFIOTI, 1969, 1987, 2009). Porém, é importante enfatizar que há diferenças na forma como se dá essa subordinação e no acesso a serviços a depender das questões de classe, raça e sexo.

Conforme pesquisas, mencionadas anteriormente, mulheres de classe mais elevada economicamente têm mais acesso a serviços, lazer, sendo comum a terceirização do trabalho doméstico e de cuidado. Enquanto as mulheres negras e pardas, de classe mais pauperizada, estão mais expostas aos impactos da violência e da falta de acesso aos serviços públicos, além de serem mais responsabilizadas pelos cuidados da família. Sobre o racismo, Saffioti (2015, p. 03) destaca que “sexismo e racismo são irmãos gêmeos. Na gênese do escravismo constava um tratamento distinto dispensado a homens e a mulheres”. A autora bell hooks (2014) traz uma reflexão sobre o recente movimento de mulheres, que chamava a atenção ao fato de as mulheres negras serem duplamente vitimizadas pela opressão sexista e racista, as feministas brancas

tendiam a romancear a experiência feminina negra mais do que a discutir o impacto negativo dessa opressão.

Num exame retrospectivo sobre a experiência das mulheres negras escravas, o sexismo assomava-se maior que o racismo como uma força opressiva nas vidas das mulheres negras. O sexismo institucionalizado – ou seja, o patriarcado – formou a base da estrutura social americana bem como o imperialismo racial. O sexismo era uma parte integral da ordem social e política que os colonizadores brancos trouxeram das suas terras da Europa e teve um impacto grave no destino das mulheres negras escravizadas (hooks, 2014, p. 14).

Metaforicamente Saffioti (2009, p. 25) trata esses três aspectos como “um nó, o gênero, a raça/etnia e classe social, presidida por uma lógica contraditória, distinta das que regem a contradição em separado, a partir de uma nova realidade – patriarcado-racismo-capitalismo”. Ainda esclarece que:

O importante é analisar estas contradições na condição de fundidas ou enoveladas ou enlaçadas em um nó. Não se trata da figura do nó górdio nem apertado, mas do nó frouxo, deixando mobilidade para cada uma de suas componentes (SAFFIOTI, 1998). Não que cada uma destas contradições atue livre e isoladamente. No nó, elas passam a apresentar uma dinâmica especial, própria do nó. Ou seja, a dinâmica de cada uma condiciona-se à nova realidade, presidida por uma lógica contraditória (SAFFIOTI, 1985, 1988, apud SAFFIOTI, 2009, p. 25).

A discussão e reflexão sobre essas questões tornam-se necessárias na atual conjuntura, considerando que o capitalismo mercantilizou todas as relações sociais. Ainda conforme a autora:

Da mesma forma, a raça/etnia, com tudo que implica em termos de discriminação e, por conseguinte, estrutura de poder, imprimiu sua marca no corpo social por inteiro. A análise das relações de gênero não pode, assim, prescindir, de um lado, da análise das demais contradições, e, de outro, da recomposição da totalidade de acordo com a posição que, nesta nova realidade, ocupam as três contradições sociais básicas (SAFFIOTI, 2009, p. 28).

“Decorre que se considera errôneo não enxergar no patriarcado uma relação, na qual atuam as duas partes. Tampouco se considera correta a interpretação de que, sob a **ordem patriarcal de gênero** (grifo da autora), as mulheres não detêm nenhum poder” (SAFFIOTI, 2009). Mesmo naquelas situações nas quais os homens não estão presentes, a mulher exerce o poder de controle da família, na ausência da figura masculina. O patriarcado tem como direcionamento “o controle da mulher e constitui também a ideologia como elemento de reificação, de alienação, de coisificação, sendo muito útil para a subjugação das mulheres”, diz Saffioti (LAURETIS, 1987, apud SAFFIOTI, 2009, p. 37). Ainda a autora constata que para a força e a eficácia política de todas as

tecnologias sociais, especialmente das ideologias de gênero, a violência ainda é necessária para manter o *status quo*.

É importante ressaltar quando se considera esses fenômenos da perspectiva privilegiada do presente, depois de quatro séculos de disciplinamento capitalista das mulheres, as respostas parecem se impor por si mesmas, conforme Federici (2004, p. 172). Para ela:

[...] embora o trabalho assalariado das mulheres, os trabalhos domésticos e sexuais (remunerados) ainda sejam estudados com muita frequência isolados uns dos outros, agora nos encontramos numa posição melhor para ver que a discriminação sofrida pelas mulheres, como mão de obra remunerada, esteve diretamente relacionada à sua função como trabalhadoras não assalariadas no lar. Dessa forma, podemos relacionar a proibição da prostituição e a expulsão das mulheres do espaço de trabalho organizado com a aparição da figura da dona-de-casa e da redefinição da família como lugar para a produção da força de trabalho. De um ponto de vista teórico e político, entretanto, a questão fundamental está nas condições que tornaram possível tal degradação e as forças sociais que a promoveram ou que foram cúmplices.

Entre retrocessos e avanços, as mulheres seguem na luta diária, em seu cotidiano ainda marcado pela forte atribuição e endeusamento de mãe, e, por conseguinte, um exagero da capacidade feminina em modelar os filhos (SAFFIOTI, 2009) e acrescento também a imposição das mulheres em modelarem e servirem como fortaleza aos seus maridos/companheiros, tomando como base os costumes e a religiosidade para embasar tal argumento e atribuição. Porém, caso algo não esteja dentro dos padrões esperados, também será culpabilizada e responsabilizada.

Segundo Rocha (2011), pesquisas internacionais demonstram que a violência baseada nas desigualdades de gênero afasta as mulheres de serviços educativos, preventivos e de aconselhamento em saúde que poderiam orientá-las para a prevenção e para uma vida mais saudável. Em relação às mulheres que vivem com HIV/AIDS no Brasil, objeto desse estudo, também se encontram nessa esfera de dominação e exploração de seu corpo, com um agravamento de estarem em um processo de tratamento de uma doença com forte estigma e desconhecimento por parcela significativa da população. A estas mulheres são imputadas a realização de cuidados com outros membros da família, podendo acarretar impactos no seu autocuidado. Estudos apontam que há uma crescente feminização e pauperização da doença, pautado em uma opressão não apenas baseada na classe e etnia, como também associada à questão de gênero (PARKER e CAMARGO JR., 2000; BARBOSA FILHO; ROCHA, 2018).

Conforme o Dossiê Mulheres com HIV/AIDS (1999), desde a década de 1990, quando foi constatado que o HIV não era uma epidemia que atingia apenas os homens, foram desenvolvidas ações para evitar infecção entre as mulheres e crianças, as últimas sobretudo a infecção vertical³⁴. Nesse documento há a constatação de que a epidemia de HIV/AIDS é marcada pelas relações de gênero — modo como as sociedades organizam as relações sociais e sexuais entre homens e mulheres.

Em relação à prevenção, Rocha et al. (2018, p. 366) destacam que “as respostas para coibir o avanço da AIDS são insuficientes e limitadas; sendo a prevenção ainda centrada no corpo dos homens, o que deixa as mulheres em desvantagem para usar o preservativo”. O Dossiê Mulheres com HIV (1999) afirma que a concepção de “feminilidade” associada à submissão sexual das mulheres aos homens, em suas múltiplas manifestações, tem sido exaustivamente apontada como um dos obstáculos para as mulheres se prevenirem do HIV. Tais questões dificultam o cotidiano das mulheres que vivem com HIV/AIDS e impactam diretamente suas vidas. Para tanto, faz-se necessário políticas públicas específicas às mulheres soropositivas, como sugere a referida publicação.

Reforçando essa afirmação, Parker e Camargo Jr. (2000) ressaltam que houve um aumento de mulheres contaminadas por via sexual. Ainda aponta a necessidade da realização de estudos que possam aprofundar os aspectos de gênero e sexualidade como fatores estruturais — em contraposição aos estudos comportamentais — na determinação da transmissão do HIV.

Conforme o Boletim Epidemiológico de 2018, demonstra-se que a epidemia não está controlada no Brasil. Em 2017 foram diagnosticados 42.420 novos casos de HIV e 37.791 casos de AIDS — notificados no Sistema de Informação e Agravos de Notificação (Sinan), declarados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siscel/Siclom). Ainda segundo o Boletim, houve, desde o ano de 2012, uma diminuição na taxa de detecção de AIDS no Brasil, que passou de 21,7/100.000 habitantes (2012) para 18,3/100.000 habitantes em 2017, configurando um decréscimo de 15,7%. Tal diminuição é atribuída devido à recomendação do

34. Transmissão do HIV de mãe para filho. Pode ocorrer durante a gestação, no parto ou no período de aleitamento (Política Nacional de HIV/AIDS, 1999).

“tratamento para todos”, implementada em dezembro de 2013. Porém, essa diminuição é observada em algumas regiões do país, a exemplo do Sul e Sudeste. Nas regiões Norte e Nordeste há uma tendência no aumento dos casos de AIDS. No ano de 2007 as taxas registradas nessas regiões foram de 16,4 (Norte) e 12,7 (Nordeste) casos por 100 mil habitantes, enquanto em 2017 foram de 23,6 (Norte) e 15,7 (Nordeste), representando aumentos de 44,2% (Norte) e 24,1%(Nordeste), ainda conforme o referido Boletim.

As taxas também demonstram tendências a aumento dos casos de HIV/AIDS entre pessoas pardas e pretas, assim como entre a população com baixa escolaridade³⁵. Entre mulheres dessas regiões houve um notável aumento de números de óbitos. Conforme Soares (2017, p. 95), “a feminização da epidemia expõe as contradições da inserção das mulheres nessa sociedade, especialmente se relacionarmos a classe social e seus segmentos mais pauperizados”. São para essas mulheres que os dados apresentam uma taxa de crescimento de mortalidade e abandono do tratamento, conforme Vieira (2018). Ainda, a autora coloca que “há um caráter desigual que extrapola a questão socioeconômica, incidindo sobre as mulheres, ou seja, sobre as pessoas que sofrem preconceitos e discriminação, como também a população negra” (VIEIRA, 2018, p. 82).

É nesse contexto que é aprofundada a precarização dos serviços de saúde, assim como o atendimento às pessoas com HIV/AIDS, indo contra com os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade. Concordamos com Barbosa Filho e Rocha (2018) que esta discussão revela a crescente pressão de interesses privados no sistema público de saúde, decorrente do fato de este setor representar, atualmente, uma fronteira de acumulação do capital, que atravessa uma das maiores crises.

Em relação à população que vive com HIV/AIDS, apesar do Brasil ser pioneiro na distribuição de medicamentos antirretrovirais, ainda falta integração das políticas sociais para atendimento desses (as) usuários (as), inclusive no próprio setor saúde, sendo abandonada a discussão sobre intersetorialidade nas três esferas de governo. Dentre outras questões, a pauperização dessa população dificulta o acesso aos serviços de saúde e a adesão e permanência no tratamento. Os (as) usuários (as) muitas vezes não estão incluídos (as) em outras políticas sociais que garantam os mínimos direitos sociais para a manutenção de suas vidas.

³⁵ Disponível em: <<http://indicadores.AIDS.gov.br/>>

No capítulo II será abordado, de forma mais aprofundada, a tendência à vulnerabilidade ampliada das mulheres ao HIV/AIDS, assim como os retrocessos na Política de HIV/AIDS no Brasil na tentativa de invisibilizar (ou inviabilizar) os direitos das (os) usuárias (os) soropositivas (os) e a desproteção das mulheres que vivem com HIV/AIDS em torno do cuidado e autocuidado.

3. O QUE É SER MULHER SOROPOSITIVA: TENDÊNCIA A VULNERABILIDADE AMPLIADA DAS MULHERES AO HIV.

Este capítulo busca refletir sobre os atuais retrocessos no campo dos direitos sociais e da política pública destinada a atender as pessoas que vivem com HIV/ AIDS, em especial discutir a situação das mulheres soropositivas e a tendência à vulnerabilidade ao HIV no Brasil. É possível captar na atual política do governo federal esse cenário de manutenção à desigualdade de gênero, ao reforçá-lo diariamente no discurso e no direcionamento das políticas sociais. Nessa perspectiva, é possível visualizar a manutenção dos programas de transferência de renda, porém operando diversos cortes e ampliando a gestão tecnicista e generalista do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), no SUS e na Previdência Social.

Essas tensões se dão em um país essencialmente patriarcal, com um direcionamento político governamental e de setores da sociedade civil orientado à extrema-direita e calcado no discurso de afastamento do Estado laico. Rocha et al. (2018, p. 359) alertam que o “patriarcado impacta negativamente a condição das mulheres e é alta a violência baseada em gênero num contexto de conservadorismo, intervenção religiosa e estatal”. No intuito de exemplificar tal questão, em 2019, na posse do atual presidente Jair Bolsonaro, ficou evidente as políticas mais conservadoras, de extrema-direita e com o projeto de “unir a la gente, valorar a la familia, respetar las religiones y nuestra tradición judeocristiana, luchar contra la ideología de género, preservar nuestros valores. Brasil volverá a ser um país libre de lazos ideológicos” (CORRÊA; KALIL, 2020, p. 23).

Associada a estas questões, durante a campanha eleitoral, enfatizou-se o combate à “ideologia de gênero”, resignificando o termo para o campo pejorativo, destruidora de famílias e crianças, conferindo ao candidato oponente na campanha, Fernando Haddad, o título de ser “o pai do kit gay”, conforme Corrêa e Kalil (2020). Essa tendência impacta diretamente a população mais vulnerável a sofrer violências e a ter seus direitos retirados, a exemplo das mulheres, crianças, adolescentes e população LGBT, quando se desloca para o campo privado, no âmbito familiar, o trato das questões sobre a sexualidade, direitos reprodutivos e autonomia do corpo, entre outros temas que podem (devem!) ser discutidos coletivamente, quebrando tabus e estereótipos na sociedade. Para as pesquisadoras Corrêa e Kalil (2020, p. 24), “la formación y

propagación de campañas contra la ‘ideología de gênero’ em Brasil no se reduce, por lo tanto, a uma estratégia retórica com objetivos electorales, el recurso a esse tropo polissêmico tiene una historia más larga y más completa”. Ainda acrescentam:

La escena brasileña del 2018 no se puede analizar o comprender sin tomar en cuenta los rasgos fuertes del colonialismo, racismo, clasismo, autoritarismo político, heteronormatividad y patriarcalismo que marcan la formación social y política brasileña. Desde la restauración democrática, em los años 1980, esas capas profundas se han revuelto e interrogado, y eso há suscitado tanto resistencias regresivas como conflictos acalorados (CORRÊA; KALIL, 2020, p. 25).

As autoras consideram importante analisar e situar as políticas *antigênero* no Brasil, ou em termos de Federici (2019), o retorno à caça às bruxas, a partir do evangelismo neopentecostal, que influenciou fortemente os processos eleitorais, “desde finales de los años 90, se hizo determinante em los resultados electorales y debates legislativos. El mismo período (1980-1990) corresponde al ciclo de restauración conservadora em el Vaticano” (CORRÊA e KALIL, 2020, p. 31). Para os autores que trabalham com a temática de HIV/AIDS, a tendência ao conservadorismo no Brasil já era apontada em alguns estudos, inclusive na abordagem dos temas nas campanhas de prevenção, com o deslocamento de abordagens que tratavam dos direitos sexuais e reprodutivos, a partir de uma concepção de direitos humanos, de forma democrática, passando a ser centrada no sujeito, com uma visão moralista (PARKER, 2018; BARBOSA FILHO; ROCHA, 2018; SEFFNER, 2016).

“Apesar dessas tensões e limites, segundo a UNAIDS (2015), o Brasil foi um dos primeiros dentre os de renda baixa e média a fornecer tratamento gratuito para pessoas que viviam com AIDS, o que ocorreu desde 1996 pelo SUS”, afirmam Barbosa Filho e Rocha (2018, p. 90). Também é possível reconhecer que desde 1992 se adota uma política abrangente de respostas ao HIV, solidamente apoiada nos direitos humanos e dotada de recursos financeiros significativos, inclusive para apoiar a organizações da sociedade civil envolvidas com prevenção (CORRÊA; KALIL, 2020). Essas diretrizes também significaram, nesse período:

[...] visibilidade a las voces de la sexualidad (dissidente), incluso de travestis, personas trans y trabajadores sexuales, tuvieron efectos inequívocos em la lucha contra la discriminación. Sin embargo, también se observó la condenación sistemática del condón como prevención por parte de la Iglesia católica, preanunciándose ahí los acalorados debates de los años 2010 (CORRÊA; KALIL, 2020, p. 37).

Nos dias atuais, identifica-se inúmeros retrocessos nessas áreas, atendendo aos interesses de uma conjuntura nacional e internacional de restauração política de forças conservadoras, como afirma Keller (2019). É possível constatar o desmonte na política de atendimento à população com HIV/AIDS, ficando distante o alcance das metas para acabar com a epidemia de AIDS, estabelecidas no documento denominado “Compromisso de Aceleração da Resposta para acabar com a epidemia de AIDS até 2030”, provenientes da Declaração Política de 2016 das Nações Unidas na Reunião do Alto nível da Assembleia Geral das Nações Unidas de 2016 sobre o Fim da AIDS, e também da Estratégia do UNAIDS para 2016-2021, no qual previa, entre outras questões: eliminar estigma e a discriminação relacionadas ao HIV; eliminar a desigualdade de gênero e pôr fim a todas as formas de violência contra as mulheres e meninas, pessoas vivendo com HIV e populações-chave.

O estigma ainda é muito forte para aqueles que vivem com HIV/AIDS, frequentemente no cotidiano profissional é trazido pelas (os) usuárias (os) a carga de preconceitos e diversas violências sofridas durante a vida, incluindo nas próprias instituições de saúde. Além disso, há indicação do peso da sorofobia, aqui entendido como:

...o conjunto de crenças irracionais, discriminatórias e medos infundados sobre HIV/Aids que resultam em episódios de violência institucional, física, psicológica e política, não só contra as populações soropositivas, mas também contra grupos sociais mais vulneráveis à epidemia. A sorofobia se sustenta em discursos e dispositivos de poder que vão desde a tutela, interdição, segregação, punição e controle sobre os corpos soropositivos até o extremo de reduzir vidas humanas à condição de despesas que podem/devem ser evitadas pelo Estado, por meio de medidas que articulam moralismo, culpabilização individual e austeridade social (BARBOSA FILHO;VIEIRA, 2020).

É com esses direcionamentos que refletiremos, nos itens posteriores, sobre temas relevantes para as mulheres e homens que vivem com HIV/AIDS.

3.1 Retrocessos na Política de HIV/AIDS no Brasil: tentativa de invisibilizar (ou inviabilizar) os direitos das (os) usuárias (os) soropositivas (os).

O tempo atual, que já aponta em direção ao completo desmonte das políticas públicas, traz muitas incertezas no campo da garantia dos direitos para a população, principalmente no âmbito da Política de Saúde e de HIV/AIDS. “Nesses tempos difíceis de supremacia do capital financeiro, o Estado brasileiro não parou de conceder apoio ao

setor privado, utilizando-se de mecanismos de funcionamento que impõem riscos à saúde universal” de acordo com Mendes e Carnut (2018, p. 1106).

A Constituição Federal (CF) de 1988 possibilitou importantes mudanças no que se refere ao reconhecimento, do ponto de vista legal, dos direitos fundamentais coletivos, sociais e individuais da população, com intuito de ser alcançada a justiça e igualdade social³⁶. Para Mendes e Santos (2018), tudo isso ocorreu na contramão do movimento global de liberalização dos mercados e diminuição do papel do Estado na economia, uma vez que o Brasil promulgou sua Constituição após duas décadas de ditadura civil-militar e repressão às lutas por direitos.

É nela, na Carta Magna, que a Política de Seguridade Social no Brasil foi consolidada, em seu artigo 194, compreendendo um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (CF, 1988). A inclusão da Seguridade Social na legislação brasileira, conforme Mota (2015, p. 135):

[...] “transforma-se em objeto prioritário de mudanças e ajustes, tanto em países hegemônicos quanto nos países periféricos, evidenciando a centralidade dessa política social, no conjunto das novas relações entre o Estado, o mercado e a organização”.

Em relação à “Política de Saúde, na década de 1980 deixou de ser interesse dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia” (BRAVO, 2006, p. 95). Com a Constituição Federal, a saúde foi instituída como uma política universal, abrangendo toda a população, independente de contribuição prévia ou renda. Ainda de acordo com a Constituição, a Política de Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. A partir desse entendimento, o Estado passa a ser responsável pela garantia da saúde da população na sua integralidade, para além da medicina curativa.

³⁶ Tal questão é representada, a exemplo, dos artigos 5º “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” e 6º “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”

Tal perspectiva ultrapassa o pensamento e ações iniciais do Estado dos períodos anteriores no Brasil. Conforme Paim (2003), a Política de Saúde no país antes da constituinte era considerada caso de polícia, sendo reconhecida posteriormente como “questão social”, vista sob os ângulos da previdência e da saúde pública. A medicina era exercida sob a modalidade liberal para os segmentos da população que podiam pagar pelos serviços. Durante os governos militares, a política nacional de saúde privilegiava o setor privado, através da compra de serviços. Nesse sentido, Soares (2010, p. 34) afirma que:

Assim, o aparato da política de saúde, que chega ao seu apogeu no período autocrático, era centralista, tecnicista, autoritário, centrado na assistência médica individualista, curativa e hospitalocêntrico. A saúde pública foi relegada a ações mais pontuais e fragmentadas, com pouquíssimos recursos, num movimento de priorização do mercado privado.

Ainda segundo Paim (2003), com a conquista da democracia na década de 1980, a Política de Saúde foi colocada na agenda política da Nova República. Foi a partir da pressão dos movimentos sociais, como já afirmado anteriormente, e da propagação das ideias da Reforma Sanitária, debatida durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foram propostas os seguintes princípios e diretrizes: conceito ampliado de saúde; reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado; criação do Sistema Único de Saúde (SUS); participação popular (controle social); constituição e ampliação do orçamento social (PAIM, 2003).

No Brasil o amplo debate incluiu na agenda da política social a Saúde, criando ações para além da medicina curativa, incluindo a sua prevenção e promoção. Apesar disso, a proposta de Reforma Sanitária sofreu vários problemas para a sua implementação e sua operacionalização no decorrer dos anos. No entanto, após o reconhecimento constitucional desses aspectos relevantes para a população, sua implementação custou a ser realizada. Apenas em 1990 com a Lei 8.080, de 19 de setembro, pôde-se regulamentar as ações e serviços de saúde em todo o território nacional, como explicitado no seu artigo 1º. Assim como, a Lei 8.142, de 28/12/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, além de dar outras providências.

Dentre os diversos avanços ocorridos a partir da democratização para a Política de Saúde, um deles foi a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações dos

serviços de saúde passaram a ser integrados de forma regionalizada, hierarquizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade (BRAVO, 2006). Conforme já mencionado anteriormente, e de acordo com Bravo (2006), a afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação. Para Áquila e Santos (2018, p. 16):

A recusa em seguir aquilo que se encontra disposto em lei, como vem fazendo todos os governos desde a promulgação da Carta, não é apenas inconstitucional, mas se trata da negação de demandas e bandeiras históricas que contribuíram para a consolidação da democracia brasileira. Trata-se, portanto, de um ato de violência política que atinge a sociedade brasileira no seu âmago, ou seja, nas questões ligadas à desigualdade social.

O SUS permanece sob ameaça permanente³⁷, principalmente com o novo cálculo estabelecido pela Portaria n.º 2.979, de 12 de novembro de 2019, quando institui o Programa Previne Brasil com o objetivo de estabelecer novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde³⁸.

Sob essas inflexões e no âmbito da contrarreforma do Estado, no qual a Política Nacional de DST/AIDS foi criada, objetivou-se sistematizar as diretrizes que norteiam as ações do Programa Nacional DST/AIDS a partir das mesmas concepções e fundamentos estabelecidos no SUS³⁹ (incluindo seus rebatimentos). Durante os anos

³⁷ Sobre o tema ler as seguintes teses e dissertação: de SOARES, Raquel. *A contrarreforma na Política de Saúde e o SUS hoje: impactos na demanda do Serviço Social*. Recife: UFPE, 2010 (Tese). XIMENES, Assuero Fonseca. *A apropriação do fundo público da saúde pelas Organizações Sociais em Pernambuco*. Recife: UFPE, 2015 (Tese). SILVA, Thiago Henrique dos Santos. *Força ou Consenso: a Reforma Sanitária Brasileira entre o dilema reformista e o minotauro da saúde*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2016 (Dissertação).

³⁸ Nessa Portaria se estabelecem vários critérios para repasse de recursos. Conforme seu Art. 9º, o financiamento federal de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) será constituído por: I - capitação ponderada; II - pagamento por desempenho; e III - incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2019). Essas mudanças trazem diversas críticas e preocupações consideradas pelo Conselho Nacional de Saúde, como uma afronta ao princípio da universalidade. Ainda para esse Conselho, tal Portaria reforça a centralidade no cuidado do indivíduo em detrimento da assistência ao coletivo, com potencial de esvaziar o caráter universal do SUS (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2019).

³⁹ Essas ações têm como base os fundamentos do SUS: a integralidade, a universalidade, a equidade, a descentralização e o controle social, compreendendo-se, assim, o SUS um sistema integrado – estado e sociedade – que interage para um fim comum, qual seja, a promoção da saúde da população. Dessa forma, a política do Programa Nacional de DST/AIDS é formulada e executada de acordo com essa concepção, expressando-se nas três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal (Política Nacional DST/AIDS, 1999, p. 5).

1990 e 2000, a resposta da sociedade brasileira à epidemia de HIV e AIDS foi construída como um exemplo para o mundo: um modelo para outras sociedades, principalmente para o Sul Global, como afirma Parker (2020). Ainda segundo o autor, no que se refere às políticas para atendimento às pessoas infectadas e ações para conter a epidemia foi:

Construída ao longo de governos com abordagens distintas – durante as gestões de Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva – a política da AIDS foi um exemplo vivo da importância da democracia, do debate público e do respeito mútuo de pessoas e comunidades diversas capazes de discordar sobre muitas questões, e ao mesmo tempo buscar diálogo (PARKER, 2020, p. 35).

No decorrer das últimas gestões do Governo Federal, percebe-se gradativamente a precarização dos serviços na Política de Saúde e a Política Nacional DST/AIDS⁴⁰ com o agravamento e desmonte das políticas sociais, assim como a diminuição dos investimentos nessas áreas e repasse de importantes recursos financeiros para instituições de cunho privado e filantrópico, a exemplo da Política de Saúde. Parker (2020) faz uma avaliação sobre as mudanças e os retrocessos das políticas voltadas ao HIV/AIDS e explica:

Lamentavelmente, a partir dos anos 2010, já na quarta década da epidemia, a história começou a mudar. Na época, não percebemos esta mudança com clareza, mas já vivíamos grandes conflitos em relação às políticas e programas para o enfrentamento da epidemia. A bancada religiosa e conservadora no Congresso Nacional começou a atacar as campanhas de prevenção e usar as ações como moeda de troca para assegurar o seu apoio às políticas econômicas dos dois governos de Dilma Rousseff e também do governo interino de Michel Temer (PARKER, 2020, p. 35).

Em relação à Política de HIV/AIDS, o atual governo desmontou a estrutura organizacional do Departamento de IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), AIDS e Hepatites Virais, passando a ser denominada Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, conforme Decreto n.º 9.795 assinado no ano de

40. Entretanto, mesmo diante dessas adversidades, obtivemos conquistas nas políticas públicas relativas à epidemia de AIDS no Brasil. Podemos enumerar algumas de maior destaque, como a adoção de um referencial ético consensual; o acesso universal aos medicamentos (Decreto Presidencial de 13/11/96); a criação de serviços específicos, como Hospital Dia, Serviços de Assistência Especializada, Centros de Testagem e Aconselhamento e Atendimento Domiciliar Terapêutico; instrumentos legais de proteção aos direitos dos afetados, tais como a Lei nº 9.313/ 96 (distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de AIDS); um melhor controle da transmissão por transfusão de sangue e hemoderivados; e a parceria com estados, municípios e sociedade civil (Política Nacional DST/AIDS, 1990, p. 9).

2019⁴¹. É importante destacar que o Departamento de Comunicação, elaborador das campanhas, internacionalmente premiadas, também foi diluído dentro da estrutura do novo Departamento. Tal mudança demonstra um declínio nas intervenções e direcionamento político tanto na questão do seu financiamento, como das ações de promoção, prevenção e recuperação da doença, podendo significar um “desperdício das experiências” e um retrocesso no âmbito da comunicação e educação em saúde.

A partir de 2019, com a instalação do governo de Jair Bolsonaro, nós testemunhamos o desmonte muito mais rápido e avassalador desse modelo. Materiais informativos foram recolhidos para serem censurados. Campanhas de prevenção para as populações-chaves, vistas como minoritárias, foram abandonadas em favor de informações vagas dirigidas a um suposto público majoritário (PARKER, 2020, p. 35).

A possibilidade de discutir de maneira aberta e ampla sobre a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), direito reprodutivo e sexual, assim como a desnaturalização de comportamentos violentos, foi deslocada para o campo conservador, centralizando-se na defesa da família e de censura, assuntos que em décadas anteriores eram discutidos de forma mais aberta e natural, inclusive dentro das escolas. A mais recente campanha, promovida pelo Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, defende a abstinência sexual para reduzir casos de gravidez precoce entre as adolescentes⁴². Nessa perspectiva, reforça a responsabilização das mulheres em relação à gravidez e não traz para a discussão vários aspectos, tais como: direito ao corpo; igualdade de gênero; prevenção de ISTs; assistência à saúde adequada; educação de qualidade; assim como a necessidade e a importância dos homens serem incluídos no processo de educação sobre direitos reprodutivos e sexuais.

Os dados demonstram que a América Latina e o Caribe continuam a ser a região com a segunda taxa mais alta de gravidez na adolescência no mundo, conforme relatório em conjunto lançado pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde, Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF) e Fundo da População das Nações Unidas (UNFPA).⁴³ O mesmo relatório (2018) alerta que a mortalidade materna é uma das principais causas de óbito entre adolescentes e jovens com idades

⁴¹ Ler notícia sobre o assunto disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2019/05/27/O-que-o-governo-alterou-no-%C3%B3rg%C3%A3o-da-Sa%C3%BAde-que-trata-do-HIV>>.

⁴² Ler matéria produzida por Sâmia Bomfim, à revista Carta Capital, intitulada: Damares Alves e a falácia da abstinência sexual. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/opiniao/damares-alves-e-a-falacia-da-abstinencia-sexual/>>.

⁴³ Matéria disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&id=5604:america-latina-e-caribe-tem-a-segunda-taxa-mais-alta-de-gravidez-na-adolescencia-no-mundo&Itemid=820>.

entre 15 a 24 anos e aponta que a gravidez na adolescência tem um efeito profundo na vida, principalmente das adolescentes.

Debido a su vinculación con la pobreza, la exclusión social, la violencia sexual y de género y el matrimonio o unión precoz, el embarazo en la adolescencia afecta de manera desproporcionada a las adolescentes que ya están marginadas, y se ve agravado por la falta de acceso a una educación sexual integral y a los servicios de salud sexual y reproductiva, como los anticonceptivos modernos (OPAS, 2018, p. 17).

Portanto, sugerir como campanha na Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, instituída pela lei n.º 13.798 de 03 de janeiro de 2019, a abstinência sexual, impõe um limite importante para a discussão mais ampla sobre a situação das adolescentes, como aponta o Relatório para Aceleração do progresso para a redução da gravidez na adolescência na América Latina e Caribe (OPAS, 2018), que propõe trazer à tona as seguintes questões: limitar o matrimônio antes dos 18 anos⁴⁴; criar apoio para reduzir gravidez em menores de 20 anos, através de programas específicos; aumentar o uso de contraceptivos, por meio de informações sobre métodos contraceptivos e serviços de atendimento e de educação sexual de ambos sexos; reduzir relações sexuais por coação; reduzir abortos em condições perigosas e aumentar a atenção às mulheres antes, durante e após o parto. Essas recomendações estão distantes do que sugere o atual Governo brasileiro.

No ano de 2018, o então Ministro da Saúde na gestão de Jair Bolsonaro, Luiz Henrique Mandetta, ao se referir às campanhas de prevenção, disse que elas teriam que ser feitas sem ofender as famílias⁴⁵, pois a prevenção já era realizada pelo Estado ao

⁴⁴ O Brasil tem se mantido ausente das discussões e posicionamentos globais sobre o casamento infantil. Dados disponíveis sobre casamentos iniciados aos dez anos sugerem que essa prática definida internacionalmente como o casamento envolvendo uma menina ou menino com idade inferior a 18 anos — é um problema no país. As evidências mostram que casamentos infantis na América Latina são, em sua maioria, informais e considerados consensuais, envolvendo diferentes níveis de agência por parte das meninas. Embora tanto meninos quanto meninas vivenciem casamentos infantis, meninas são desproporcionalmente mais afetadas por esta prática. Tais casamentos frequentemente envolvem meninas na infância ou adolescência — ainda no início da puberdade, elas se casam com homens muito mais velhos (TAYLOR et al., 2015, p.16)

⁴⁵ Ler matéria completa em: <<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/02/06/Como-o-governo-Bolsonaro-trata-a-quest%C3%A3o-do-HIV>>. Acesso em: 14 jun. 2020.

distribuir preservativo. Na ocasião, Mandetta⁴⁶ fez ainda críticas à atual política de prevenção para HIV, pois considera que “Temos que rever o padrão de comunicação. Essa linguagem claramente não está surtindo efeito”, quando se referia ao avanço da epidemia entre jovens (CACIAN, 2018). Novamente, a prevenção é centralizada no sujeito, na figura masculina com o uso de preservativo. Em décadas anteriores, de acordo com Calazans (2019), as campanhas foram elaboradas em processos colaborativos com representantes dos movimentos sociais representativos dos grupos afetados e dirigiam-se diretamente aos grupos afetados e aos profissionais de saúde, que para ela:

O que se configurou como uma estratégia de sensibilização dos profissionais para lidar com a prevenção sob a ótica historicamente forjada no campo da AIDS de respeito aos sujeitos e à sua autonomia, de promoção de sua cidadania e de promoção do tratamento digno no âmbito dos serviços de saúde [...] Ao longo dos anos 2000, observou-se progressivo empobrecimento das ações de prevenção. Muitos foram os fatores implicados: as dificuldades no financiamento governamental de projetos de prevenção das organizações da sociedade civil; as dificuldades da abordagem aberta e positiva da sexualidade no âmbito dos serviços de saúde e em escala ampliada; as resistências e dificuldades, no âmbito de estados e municípios, de efetivação de políticas de prevenção adequadas aos diferentes grupos populacionais. O discurso preventivo massificado se traduziu na repetição imperativa: ‘use camisinha’, perdendo sua capacidade de tradução singular para os diferentes contextos que reclamam a prevenção (CALAZANS, 2019, p. 16).

Esses retrocessos, na forma de comunicação e ações de prevenção, atingem diretamente os jovens, em especial as mulheres. De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2019 (MS, 2019), em relação ao HIV na categoria exposição entre os indivíduos menores de 13 anos, a maioria dos casos em 2018 (86,2%) teve como via de infecção a transmissão vertical. Entre indivíduos com 13 anos ou mais de idade, a principal via de transmissão em 2018 foi a sexual, tanto em homens (78,9%) quanto em mulheres (86,9%), sendo possível identificar uma taxa maior entre o sexo feminino. Os dados demonstram a importância da discussão aberta sobre o tema, com ampla divulgação e desmistificando os tabus sobre o corpo, prevenção sexual, identidade de gênero e outras questões. Para Edmundo (2018), o direito à prevenção deve estar articulado e sintonizado com os processos de escolha de cada um em suas relações diversas e plurais, e acrescenta:

⁴⁶ Matéria disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/12/politica-de-prevencao-a-hiv-nao-pode-ofender-as-familias-afirma-novo-ministro.shtml?origin=folha>>. Acesso em: 14 fev. 2020.

A prevenção precisa estar ligada à criação de uma cultura de significados e sentidos que possam ser apropriados e recriados pelas pessoas e suas relações. Parte-se da ideia de que é preciso criar uma cultura de solidariedade e prevenção que possibilite reflexões e construções coletivas de práticas seguras (EDMUNDO, 2018, p. 18).

Esses contextos nos dizem como devem se desenvolver intervenções para a prevenção, considerando sua dimensão social e política, e que façam sentido para as pessoas (EDMUNDO, 2018). Essas reflexões devem ser direcionadas para o campo democrático, de direitos humanos e estimular a dimensão crítica sobre as diversas situações do cotidiano, relações interpessoais, política e das relações de poder entre os sujeitos, permitindo a quebra de paradigmas de situações até então comuns e naturais. Anteriormente, as campanhas de prevenção, de acordo com Seffner e Parker (2016), foram um reflexo do deslocamento de um discurso comportamentalista baseado na noção de sujeito liberal autônomo para um discurso mais focado nas condições sociais e políticas. Os autores ainda esclarecem que a forte inserção da resposta brasileira à AIDS no campo dos direitos humanos explica um enfrentamento do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais com o governo dos Estados Unidos por meio da:

[...] recusa de fundos no valor de 40 milhões de dólares doados pelo governo Bush em 2005 para a utilização na luta contra a AIDS no país, mas que vinham atrelados a ditames de ordem moral que conflitavam com as noções de direitos humanos então orientadoras da resposta nacional brasileira, em especial no delicado terreno da prostituição, não reconhecida pelo governo norte-americano como modelo de vida ou profissão, mas assumida como atividade lícita e digna de profissão (SEFFNER; PARKER, 2016, p. 28).

Calazans (2019) considera que no âmbito da prevenção, os principais sucessos articulam-se a: 1) uma abordagem aberta e positiva da sexualidade, da diversidade de expressões sexuais e de gênero, do enfrentamento do estigma e da discriminação; e 2) ao fomento à mobilização comunitária por meio de abordagem pedagógica de caráter construcionista e freireano, que valoriza a autonomia e os conhecimentos dos sujeitos implicados. Ainda no campo de estratégias da Prevenção Combinada, com base em novas tecnologias, foi ofertada Profilaxia Pré-exposição (PrEP) e a Profilaxia Pós-Exposição de Risco para Infecção pelo HIV (PEP) no Brasil na rede de serviços de saúde, cujo objetivo é ampliar as formas de intervenção para evitar novas infecções pelo HIV no mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Conforme Fernandes (2018, p. 10), a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) “foi implantada no SUS, inicialmente, para os profissionais de saúde, como prevenção, em casos de acidentes de trabalho, com materiais infectados pelo HIV ou possivelmente infectados”. Segundo o autor:

Ainda em 1998, a PEP foi estendida para vítimas de violência sexual. Em 2011, o tratamento passou a incluir qualquer exposição sexual de risco, com o não uso ou o rompimento do preservativo. Foram necessários quase dez anos para se chegar à conclusão da capacidade desta profilaxia ser utilizada nas relações sexuais. Preconceito científico/cultural? (FERNANDES, 2018, p. 10).

Atualmente, a PEP é indicada a partir da avaliação biomédica dos riscos aos quais a pessoa foi exposta. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015), há recomendação de uso da medicação por 28 dias de antirretrovirais, sendo essencial para a maior efetividade da profilaxia. Segundo o Protocolo, os estudos publicados mostram baixas proporções que completaram o curso completo, especificamente entre adolescentes e pessoas que sofreram violência sexual. Em relação à PrEP, desde 2018 na rede SUS, possibilita a prevenção, para além do uso da camisinha, porém traz alguns desafios para a sua implantação, de acordo com Grangeiro (2018, p. 15), são eles:

1. transformarmos a PrEP em um método preventivo que afirma o protagonismo individual, a liberdade sexual e as diferentes identidades de gênero; 2. tirarmos do silêncio e integrarmos às políticas públicas as populações mais afetadas pela epidemia, especialmente aquelas que são as mais vulneráveis socialmente; e 3. fortalecermos a rede de serviços para a oferta de PrEP em bases que permitam acolher e seguir pessoas que não são, atualmente, usuárias desses serviços.

No cotidiano profissional, observa-se nos serviços de saúde ainda pouca divulgação dessas novas tecnologias, entre a população e os trabalhadores das próprias instituições. A maior parte das unidades de saúde que oferece a PEP, em Pernambuco, ainda é centrada na capital do estado, não tendo sido ainda descentralizada entre muitos municípios, dificultando o acesso das (os) usuárias (os) a essas unidades. Em relação à PrEP, o Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) e o Hospital das Clínicas (Universidade Federal de Pernambuco –UFPE) são referências no atendimento aos (as) usuários (as) do estado de Pernambuco, conforme informações do Ministério da Saúde. Os serviços são acessados, principalmente, entre as pessoas com maior conhecimento sobre o tema dos direitos sexuais e reprodutivos e dos insumos biomédicos de prevenção. Essa questão já era trazida por Grangeiro (2018, p. 15) quando revela, a partir de estudos realizados, que a “maior parte dos usuários foram aqueles altamente motivados para a prevenção e com maior nível socioeconômico”. No sentido de dar um direcionamento mais amplo, Seffner e Parker (2018, p. 3) considera que a prevenção deve ser “vinculada a uma prática pedagógica alinhada à perspectiva dos direitos

humanos e fundamentada nos princípios da solidariedade e da justiça social, pilares para a construção de um mundo sem preconceito e sem estigmas”.

Contudo, é possível ver um cenário de retrocessos no campo da prevenção e precarização dos serviços de saúde. É importante destacar que a Política Nacional de DST/AIDS (1999) considera a importância dos programas não serem dissociados de outras ações do setor público, incluindo a própria Política de Saúde. No entanto, o que se constata no cotidiano dos programas DST/AIDS, assim como no desenvolvimento de suas ações, é a falta de infraestrutura nos serviços de saúde, deficiência de recursos humanos para atendimento dos usuários de forma integral, sendo muitas vezes centrado na figura médica e na distribuição de medicações. Dentro dessa perspectiva, Soares et al. (2016, p. 296) afirmam que:

O acesso dos pacientes aos serviços de saúde especializados no atendimento às pessoas com HIV/AIDS tem impacto no curso clínico da infecção, no tratamento, na qualidade de vida, no risco de morte e nos custos para o sistema de saúde, o que acarreta na testagem tardia e ocasiona sérios problemas no decorrer do tratamento.

Corroborando com esta questão, conforme Seffner e Parker (2016, p. 24), a “AIDS é uma doença de contornos biológicos já bastantes definidos. Mas ela é também, como qualquer outro agravo de saúde, uma questão altamente complexa de ordem social, política, cultural e econômica”. Por esse motivo, são necessárias ações para além da questão medicamentosa que possam garantir o acesso aos direitos humanos, sociais, previdenciários e trabalhistas das pessoas que vivem com HIV/AIDS. Nesse sentido, Seffner e Parker (2016, p. 24) esclarecem:

Ao se desenharem respostas para o enfrentamento da AIDS, são importantes, por um lado, as ações que tratam dos contornos biomédicos da doença (prescrever tal medicação para lidar com determinado quadro clínico, ter acesso a este ou aquele exame para conhecer melhor a ação do vírus no corpo de um específico sujeito); ou por outro lado são igualmente importantes as ações que se ocupam dos fenômenos de ordem político-social que não apenas ‘atravessam’, mas que, efetivamente, constituem o que conhecemos como AIDS.

É importante trazer para discussão essas questões, pois as pessoas que vivem com HIV/AIDS ainda são associadas a um grupo específico de risco, tido ainda como aqueles que se expuseram para adquirirem a doença, sendo culpabilizados por isso. Recentemente, o atual presidente do país, Jair Bolsonaro (2019 - ...), declarou à

imprensa brasileira que pessoas vivendo com HIV “são uma despesa para todos no Brasil⁴⁷”, ao citar o seguinte exemplo para justificar sua afirmação:

‘O Alexandre Garcia [ex-jornalista e apresentador da Globo] comentou que a esposa dele, que é obstetra, atendeu uma mulher que teve primeiro filho aos 12 anos, o segundo aos 15 e no terceiro já estava com HIV. Uma pessoa com HIV, além de ter um problema sério para ela, é uma despesa para todos aqui no Brasil’, disse Bolsonaro (UOL, 2020).

O exemplo dado acima desvela várias questões para além da estigmatização da doença. Demonstra-se a naturalização com a qual várias adolescentes convivem, a exemplo desse caso, de serem consideradas responsáveis unicamente pelo seu ato, sem levar em consideração o que diz a legislação brasileira da proteção integral às crianças e adolescentes, além das questões de cunho legal e criminal para aqueles que têm relação sexual com menores de 14 anos⁴⁸. Sobre esta questão, durante a intervenção profissional na Política de Saúde, no diálogo com as instituições de proteção social, em especial os Conselhos Tutelares, é dito claramente pelos seus representantes como essas situações são comuns e muitas vezes justificadas como algo consensual, não sendo problematizadas para uma intervenção na perspectiva de garantia do direito das crianças e adolescentes. Também demonstra novamente a responsabilização das mulheres, principalmente da população mais pauperizada, pela reprodução sexual, não sendo vista como um direito, como discutido na IV Conferência Internacional da Mulher, realizada em Pequim, em 1995, com participação ativa do Brasil, onde foi construída a Declaração e Plataforma da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, que estabelece em seu parágrafo 96 a definição da saúde sexual e reprodutiva, como:

Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito de controle e decisão, de forma livre e responsável, sobre questões relacionadas à sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens no que diz respeito à relação sexual e reprodutiva, incluindo-se o respeito à integridade, requer respeito

⁴⁷ Ler reportagem completa em: <<https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/02/05/bolsonaro-pessoa-com-hiv-e-despesa-para-o-pais.htm>>.

⁴⁸ LEI Nº 12.015, DE 7 DE AGOSTO DE 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Art. 218. - Induzir alguém menor de 14 (catorze) anos a satisfazer a lascívia de outrem: Pena - reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm#art2>.

mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades pelos comportamentos sexuais e suas consequências (ONU, 1995, p. 179).

O tratamento de maneira discriminatória em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS e grupos minoritários, incluindo as mulheres, ainda no processo de campanha eleitoral, o então candidato à Presidência da República, Jair Bolsonaro, fez algumas declarações de cunho discriminatórios em relação sobre essa população, consideradas extremamente preconceituosas, estigmatizantes e de encontro aos direitos humanos, o que gerou preocupação entre os (as) usuários (as), militantes da área e profissionais de saúde comprometidos com o SUS. As declarações do então candidato já apontavam para a onda conservadora, belicista, autoritária, machista e ultraneoliberal que dão sustentação ao seu governo. É importante destacar que o orçamento destinado ao atendimento à população com medicamentos para tratamento das pessoas que vivem com HIV/AIDS, outras infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais, no ano de 2019, equivaleu a 0,06% dos gastos públicos, no valor aproximado de R\$1,84 bilhão do orçamento. Em 2020, equivale a 0,03% dos gastos públicos R\$1,88 bilhão, tendo sido executada na ação do orçamento corrente cerca de R\$ 95,68 milhões, conforme os dados do Portal da Transparência, do Governo Federal⁴⁹.

Tais declarações, repudiadas pelos movimentos que trabalham com a temática⁵⁰, alimentam o imaginário coletivo de que “a AIDS elimina da sociedade os ‘maus’ e preserva vivos os bons”, como afirmam Seffener e Parker (2016, p. 25). Ainda os autores afirmam que a AIDS funciona como marcador social a indicar grupos, conjunturas, contextos e situações que falam da desigualdade histórica da vida em sociedade, da vulnerabilidade que produz algumas poucas vidas baratas que não valem a pena cuidar e tratar, pois não têm futuro. Ao que tudo indica, essa é a interpretação do atual governo sobre as pessoas que vivem com HIV/AIDS. Sobre esta questão, é importante situar que:

⁴⁹ Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/programas-e-aco/acao/4370-atendimento-a-populacao-com-medicamentos-para-tratamento-dos-portadores-de-hiv-AIDS--outras-infeccoes-sexualmente-transmissiveis-e-hepatites-virais?ano=2019>>. Acesso em: 14 dez. 2019.

⁵⁰ Conforme nota de repúdio publicada pelo Movimento de Luta Contra a AIDS, representado pela Articulação Nacional de Luta Contra a AIDS (AnAIDS), entidade que compõe o Conselho Nacional de Saúde, publicada no dia 05/02/2020, repudiou qualquer declaração que associe pessoas que vivem com HIV/AIDS a despesa para o Brasil e ainda acrescenta “a resposta brasileira à epidemia de AIDS é uma política de Estado, não uma política de governos ou partidos, ancorada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e na garantia dos direitos humanos, com reconhecimento e destaque internacional”. Ler a nota em: <<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-informes/1006-entidade-do-cns-repudia-declaracoes-que-associam-tratamento-hiv-AIDS-a-despesa-para-o-pais>>. Acesso em: 13 mar. 2020.

Conhecer a situação da AIDS em um país é saber como operam todos esses marcadores da diferença que posicionam as pessoas em diferentes lugares no tecido da vida social e que criam oportunidades para que alguns se infectem e outros não, e que alguns, depois de infectados, tenham acesso aos benefícios do tratamento em sua integralidade, enquanto outros só conseguem um precário acesso a esses mesmo bens (SEFFNER; PARKER, 2016, p. 25).

Santos (2018), em seu estudo sobre as necessidades e direitos sociais da população no âmbito da AIDS, revela que as demandas sociais trazidas pelos pacientes que realizam tratamento em um hospital de referência em Pernambuco, Região Nordeste do Brasil, são de múltiplas expressões da questão social, comumente apresentadas à equipe multiprofissional. Ainda afirma:

No âmbito da AIDS, a discussão de necessidade e direitos sociais é inerente ao enfrentamento da epidemia, devido ao relevante componente social que envolve a doença. Questões sobre sexualidade, orientação sexual, relações familiares, trabalho e renda, acesso à saúde e a outros direitos sociais surgem no âmbito de uma resposta à epidemia, pois garantir tratamento, dentro de uma perspectiva ampliada de saúde, é possibilitar o acesso a bens e serviços que garantam qualidade de vida (SANTOS, 2018, p. 266).

Ainda de acordo com a autora, “a busca por satisfazer a necessidade de valorização do capital coloca em segundo plano o atendimento das necessidades sociais e inviabiliza o usufruto, pelos trabalhadores, da riqueza socialmente produzida” (ibidem, p. 273). Nesse sentido, as pessoas que vivem com HIV/AIDS podem sofrer um impacto considerável na falta de acesso a bens e serviços, incluindo os da Política de Saúde, considerando que a doença não pode ser vista de maneira isolada, exclusivamente biológica e fora do contexto da dinâmica da sociedade capitalista. É importante ressaltar que, conforme Soares (2000, p. 37), “a saúde e a doença são um processo de múltiplas determinações e de diversas configurações no cotidiano dos sujeitos sociais, desde as formas e uso sobre o corpo, até os conhecimentos divulgados socialmente”. Para compreender a epidemia da AIDS e corroborando com tal questão, Rocha (2011, p. 78) afirma:

A epidemia da AIDS pode ser entendida dentro de um sistema de relações específicas inseridas no modo de produção capitalista. Ou seja, a epidemia da AIDS é aqui analisada como um sistema relacional – um ponto, um alongamento ou cristalização da contradição do sistema capitalista e patriarcal.

Cotidianamente, a população usuária do SUS, em especial as pessoas vivendo com HIV/AIDS, têm dificuldades em acessar os direitos sociais, bens e serviços que deveriam ser fornecidos pelo Estado. No Brasil, apesar da garantia constitucional, a Seguridade Social, em termos gerais e de forma contraditória, coloca-se como universal

e seletiva. No campo da Previdência Social é contributiva, conforme artigo 201 da Constituição Federal de 1988, restringindo o acesso da população aos benefícios sociais.

Atualmente é possível constatar o agravamento no acesso a esses direitos previdenciários, assim como o constante ataque por parte do Governo Bolsonaro, na direção do seu sucateamento. Vê-se mudanças na legislação previdenciária, com direcionamento de burocratizar o acesso da população aos benefícios. Aqueles que necessitam obter os direitos previdenciários têm mais dificuldades em requerer, pois são feitos apenas pelo site do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) e/ou por meio de contato telefônico, hoje transformadas em filas virtuais. Constava que havia 2,2 milhões de pedidos em análise pelo INSS e 1,4 milhão em atrasados para análise⁵¹.

No que se refere à Política de Assistência Social, também demandada pelos (as) usuários (as) que vivem com HIV/AIDS, será prestada a quem dela necessitar (artigo 203), tendo sido regulamentada pela Lei Orgânica de Assistência Social, nº 8.742/1993 (LOAS). Conforme o artigo 1º da LOAS, a assistência social é um direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais (Política de Assistência Social, 2004).

Apesar do avanço constitucional no campo dos direitos sociais, a referida política ainda é considerada seletiva, focalizada, a partir da garantia dos mínimos direitos sociais à população mais pauperizada. Referente ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), regulamentada pela LOAS⁵² e conforme o Decreto 8.805/2016, no caso da pessoa com deficiência, o benefício poderá ser obtido desde que, conforme avaliação médica e social, seja constatada a condição permanente da deficiência e não sendo superados os requisitos de renda familiar mensal per capita. Assim como consta no seu artigo 5º, não pode o beneficiário acumular o Benefício de Prestação Continuada com outro benefício

⁵¹ Ler matéria disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/noticia/2019/05/13/o-drama-de-14-milhao-de-brasileiros-na-fila-do-inss-que-ninguem-ve.ghtml>>.

⁵² O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC), direito garantido pela Constituição Federal de 1988, regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei nº 8.742/93 e pelas Leis nº:12.435/2011 e nº 12.470/2011, que alteram dispositivos da LOAS; e pelos Decretos nº 6.214/2007, nº 6.564/2008 e nº 7.617/2011, assegura 1 (um) salário mínimo mensal ao idoso, com idade de 65 anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que comprove não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família. Em ambos os casos, é necessário que a renda mensal bruta familiar per capita seja inferior a ¼ (um quarto) do salário mínimo vigente. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/relocrys/bpc/indice.htm>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

no âmbito da Seguridade Social ou de outro regime, inclusive o seguro-desemprego, ressalvados o de assistência médica e a pensão especial de natureza indenizatória.

Vê-se, claramente, a restrição das (os) usuárias (os) em acessar outros tipos de benefícios e serviços, com relatos diários de exclusão, principalmente do Programa Bolsa Família. Referente às novas avaliações no INSS do BPC, na atualidade verifica-se que a espera gira em torno de 6 meses ou mais, impactando diretamente pessoas com AIDS, em situação de maior agravamento da saúde, que precisam do BPC e/ou de outro benefício previdenciário e/ou assistencial para conseguir viver com o mínimo de dignidade e autocuidado. Durante a atuação profissional, observa-se que muitos dos pacientes que recebem o BPC são aqueles que acessaram o benefício em anos anteriores, mesmo assim, hoje há relatos de que foram cessados alguns desses benefícios. De acordo com Santos (2018), no início da epidemia da AIDS, pela alta letalidade da doença e avanço de doenças oportunistas, as pessoas com ¼ do salário mínimo, ao solicitar o benefício, tinham seus processos geralmente deferidos. Acrescenta:

Mas, com as descobertas para o tratamento e a evolução para a cronicidade da doença, o acesso ficou mais difícil. Somente pessoas em estágios avançados da doença conseguem o BPC atualmente e, em algumas situações, conseguem quando recorrem à justiça, pois a AIDS não é considerada deficiência e, somente em situações de impedimentos de longa permanência, existe a possibilidade ao benefício (SANTOS, 2018, p. 282).

Sendo assim, podemos afirmar que “o sistema de proteção social brasileiro, ao não proteger adequadamente e igualmente a todos, configura-se numa relação conflituosa entre proteção e desproteção”, conforme Soares (2000, p. 63). A autora ainda considera:

É dessa forma que parece esboçar-se, mais uma vez, o perfil contraditório de sociabilidade capitalista. O mesmo capital que é capaz de reconhecer a AIDS uma ameaça à segurança mundial, no que se refere aos aspectos econômicos e sociais, financia políticas que reproduzem as mesmas desigualdades, o perfil seletivo e excludente do capital (ibidem, p. 63)

A desproteção social afeta diretamente a vida das(os) pacientes, incluindo a continuidade ao tratamento, mesmo aqueles que trabalham formalmente, muitas vezes inseridos de forma precarizada no mercado de trabalho. Para Soares (2000), essas Políticas, especificamente os benefícios previdenciários e o BPC, excluem parte relevante dos pacientes de HIV/AIDS e aos que conseguem atender, atendem de forma segmentada e parcializada. Para Barbosa Filho e Rocha (2018, p. 36) analisam que:

Essas questões são travadas a partir das intersecções entre ideologia neoliberal e a ascensão da epidemia global de HIV/AIDS, pois criou-se uma lógica global de respostas à pandemia, uma ordem discursiva em torno da doença e das responsabilidades sobre ela que tendem a se aproximar mais da perspectiva neoliberal da saúde, do que da perspectiva ampliada da relação sociedade-saúde.

A necessidade de trazer à tona reflexões sobre as condições de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS no Brasil é de extrema importância para traçar estratégias de atendimento adequadas a essa população, assim como dar visibilidade às condições em que se encontram no país. Conforme pesquisa realizada para traçar o Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil, organizado pela UNAIDS (2019) e outras organizações e movimentos sociais, é considerada como uma ferramenta para detectar e medir a mudança de tendências em relação ao estigma e à discriminação relacionadas ao HIV, a partir das pessoas vivendo com HIV, demonstra-se que apesar de o grupo estudado ter escolaridade alta, cerca de 2000 pessoas entrevistadas com 16 anos ou mais de formação – mais alta que a média nacional de escolaridade de pessoas vivendo com HIV, a prevalência é alta de desemprego no grupo (30%) e um número considerável de pessoas (13,3%) tem dificuldade em suprir suas necessidades básicas a maior parte do tempo (UNAIDS, 2019).

A pesquisa também abordou sobre a forma de “discriminação mais vivenciada pelo grupo participante: comentários discriminatórios ou especulativos, associados ao fato de a pessoa entrevistada ser alguém vivendo com HIV/AIDS” (UNAIDS, 2019, p. 35). Fica evidente o quão forte são as discriminações e os estigmas vivenciados diariamente pelas pessoas soropositivas. Foi noticiada, no início de 2020, mais uma ação que enfraquece a luta e os direitos das pessoas que vivem com HIV/AIDS, além de reforçar o estigma e preconceito. A Confederação Nacional da Indústria (CNI) protocolou uma ação que contesta a regra trabalhista que fornece estabilidade no trabalho às pessoas que vivem com HIV/AIDS, sendo esta a Súmula 443 do Tribunal Superior do Trabalho (TST), que veta a dispensa discriminatória de empregado portador do vírus HIV ou de outra doença grave que suscite estigma ou preconceito. Inválido o ato, o empregado tem direito à reintegração no emprego.

Essas questões causam rebatimentos na vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS, como a instabilidade e o temor pelo futuro. É nesse contexto que se verifica, de acordo com Barbosa Filho e Rocha (2018, p. 37), “que a pandemia de AIDS vem

assumindo uma tendência de expansão e concentração entre os grupos mais precarizados, explorados e subalternizados”. Ainda de acordo com os autores:

[...] as histórias de luta de indivíduos e comunidades contra a violência estrutural e a capacidade de mobilização popular dos que vivem com HIV/AIDS e suas famílias são substituídas por um discurso centrado em corpos adoecidos, improdutivos e medicalizados, avaliados segundo o parâmetro de participação ou não no capitalismo global, por meio da chamada inclusão social (BARBOSA FILHO; ROCHA, 2018, p. 51).

É importante destacar que a Política Nacional (1999) já apontava naquele período uma mudança do perfil das pessoas que vivem com HIV/AIDS, que na fase inicial restringia a doença aos homens que fazem sexo com homens (HSH) e com alta escolaridade, passando a disseminação aos heterossexuais, principalmente às mulheres, baixa escolaridade, com a interiorização para municípios de médio e pequeno porte. A partir desse momento passa-se pelo processo de maior vulnerabilidade entre as mulheres, pauperização e interiorização do vírus. Alguns autores apontam que o processo de feminização e pauperização decorre, entre outras questões:

[...] das relações de poder e desigualdade entre gêneros, dificuldades das mulheres em negociarem em seu cotidiano o uso de contraceptivos de barreira para o HIV/AIDS, (sub) desenvolvimento econômico e pobreza, mobilidade, incluindo migração e trabalho sazonal (PARKER; CAMARGO JR., 2000, p. 93).

Em relação às estatísticas sobre a doença, apresentam que no mundo existem cerca de 38 milhões de pessoas vivendo com HIV, o número mais alto da história, mas 25% dessas pessoas não sabem que vivem com o vírus, conforme documento da UNAIDS (2018). Ainda conforme o referido relatório, toda semana cerca de 7000 mulheres, de idades entre 15 a 24 anos, são infectadas pelo HIV e mais de um terço (35%) das mulheres em todo o mundo sofreu violência sexual e/ou física em algum momento de suas vidas. Esses dados são alarmantes e importantes para avaliar a epidemia da doença em todo o mundo. Na América Latina, por exemplo, são cerca de 1,1 milhão de pessoas que vivem com HIV. Os novos casos de HIV no Brasil seguem a tendência mundial de se concentrar nas áreas e populações mais pobres e entre as mulheres, as que mais sofrem os impactos sociais das contrarreformas neoliberais e da consequente familização das políticas sociais, fazendo da pauperização e feminização uma tendência inegável no Brasil, como afirmam Barbosa Filho e Rocha (2018) e acrescentam:

[...] as agências nacionais e multilaterais envolvidas na resposta à epidemia têm ignorado sistematicamente o papel estrutural das iniquidades e dos riscos

gerados pelas políticas econômicas e sociais que geram o contexto de risco coletivo ao de contágio pelo HIV, como as políticas de ajuste neoliberal (PAUL FARM, 1999, 2003 apud BARBOSA FILHO; ROCHA, 2018, p. 51)

A partir dessa perspectiva, serão aprofundados no próximo item os aspectos e rebatimentos no processo de desproteção das mulheres que vivem com HIV/AIDS, trazendo à tona como são afetadas pela desigualdade social e de gênero.

3.2 Desproteção das mulheres que vivem com HIV/AIDS em torno do cuidado e autocuidado.

A desigualdade de gênero, econômica e social afeta diretamente as mulheres do mundo. São elas, em sua maioria, que realizam diariamente o trabalho doméstico e de cuidado não remunerado em âmbito familiar e/ou de forma solidária a outras pessoas do território em que vivem. Consta-se que há uma importante disparidade no acesso a bens, serviços e ao trabalho remunerado entre as mulheres, que também dedicam um tempo significativo de suas vidas na realização do trabalho doméstico e de cuidado não remunerado.

Conforme estudo realizado pela Oxfam Brasil, intitulado “Tempo de Cuidar. O trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade”, calculou-se que esse trabalho “agrega pelo menos US\$ 10,8 trilhões à economia, podendo essa cifra, ainda que enorme, ser subestimada, e o número efetivo tende a ser ainda maior” (OXFAM, 2020, p. 6). Ainda afirmam que:

No topo da pirâmide da economia global, uma pequena elite é inimaginavelmente rica. Sua riqueza cresce exponencialmente ao longo do tempo, sem muito esforço e independentemente de qualquer agregação de valor à sociedade. Enquanto isso, na base da pirâmide econômica, mulheres e meninas, principalmente as que vivem em situação de pobreza e pertencem a grupos marginalizados, dedicam gratuitamente 12,5 bilhões de horas todos os dias ao trabalho de cuidado e outras incontáveis horas recebendo uma baixíssima remuneração por essa atividade. Seu trabalho é essencial para nossas comunidades (ibidem, p. 5).

É perceptível que o trabalho doméstico e de cuidado não remunerado impacta, sobretudo a vida das mulheres e meninas das frações mais pauperizadas da classe trabalhadora, que comumente não contam com serviços sociais, de creche, de cuidadores e/ou serviços de atendimento domiciliar, oferecidos pelo Estado, ainda restritos e pouco difundidos para a população. Para utilização desses serviços, oferecidos pelo SUS, faz-se necessário que seja definido para o paciente um cuidador,

tendo apenas o suporte da equipe e o oferecimento de materiais, a exemplo de: oxigenoterapia, cama hospitalar, insumos para realização de curativos, entre outros.

Também são as mulheres que na falta de água, principalmente na área rural no Brasil e em outras regiões no mundo, precisam andar quilômetros em busca de rios, açudes, cacimbas para obtenção de água para a realização dos cuidados da casa e da família. Na área urbana brasileira, devido ao racionamento de água, muitas mulheres, entre elas as idosas, utilizam o seu tempo para buscar água em filas de carros-pipas ou passam a noite enchendo baldes e recipientes, além de terem que realizar as atividades domésticas (lavar roupas, pratos, limpar a casa), muitas vezes em horários que deveriam descansar⁵³. O documento da Oxfam (2020) sobre o trabalho de cuidado não remunerado considera que sem uma ação decisiva, essa situação tende a se agravar. Ainda reflete que:

Populações em processo de envelhecimento, cortes em gastos públicos e mudanças climáticas podem exacerbar ainda mais a desigualdade de gênero e econômica e alimentar uma crise cada vez mais aguda para os que precisam de cuidados e os que cuidam. Enquanto a elite rica e poderosa tem recursos que podem poupá-la dos piores efeitos dessas crises, não se pode dizer o mesmo dos que vivem em situação de pobreza e não têm o mesmo poder (ibidem, p. 6)

Atualmente no Brasil, há um forte discurso sobre o direcionamento no corte de gastos e redução significativa das políticas sociais, como já mencionado no item anterior deste capítulo, com um reforço constante na manutenção da desigualdade de gênero, entre homens e mulheres.

Para a Oxfam (2020), lideranças, a exemplo do atual presidente Donald Trump dos Estados Unidos da América e o presidente Jair Bolsonaro do Brasil, propõem, contraditoriamente, políticas que reduzem impostos para bilionários, por outro lado dificultam o enfrentamento da emergência climática, ou acirramento vigoroso do racismo, do sexismo e do ódio por minorias. O efeito dessa política é visto no mundo com a proliferação de doenças, que atingiu o estágio de pandemia, exigindo nesses tempos difíceis um plano de contingência, incluindo o isolamento social e domiciliar da população para evitar a propagação da Covid-19. Durante esse período, as mulheres são impactadas diretamente na realização do trabalho doméstico e de cuidados das crianças

⁵³ Em Pernambuco, a Companhia Pernambucana de Saneamento (COMPESA) tem calendários de abastecimento de água específico por regiões, porém é perceptível um racionamento de água mais severa nas áreas mais pauperizadas do estado.

e pessoas idosas, sendo elevado o número de horas dedicadas a esse tipo de trabalho. No Brasil, durante a calamidade pública e com enormes proporções para a saúde e vida da população, o então Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, afirmou que é preciso orientar os avós porque, nesse contexto, eles “não podem abraçar ou beijar seus netos”, além de ter recomendado que as crianças não fossem deixadas com os idosos — que muitas vezes são rede de apoio para as mães que estão no mercado de trabalho, afirmam Martinelli e Fernandes (2020). Ainda consideram que:

É quase uma declaração para as mulheres porque já que o Estado reduziu formas de proteção, se espera que as mulheres cuidem dos idosos, para evitar que contraíam a doença, e das crianças, que estão sem as aulas, dentro de casa. As mulheres gastam mais de 20 horas semanais com esses cuidados. Na pandemia, isso tende a aumentar (MARTINELLI; FERNANDES, 2020, s/p.).

Essas declarações reforçam situações de desigualdade de gênero pela lente do Estado, a partir da lógica do capital, quando tratam as questões de forma individualizante e de responsabilização das famílias. Para além dessas questões, nesse período de confinamento e maior convívio familiar, já há um indicativo de aumento em relação à violência contra as mulheres e crianças no mundo⁵⁴, que ficam mais expostas e vulneráveis, ainda mais pelo fato de ter ocorrido redução dos serviços de atendimento presencial às pessoas em situação de violência, dificultando o acesso dessas mulheres para a realização de denúncias, busca de orientações e encaminhamentos mais efetivos.

Observa-se também que frequentemente a realização do trabalho doméstico e, principalmente, o de cuidado aos membros da família absorve um tempo elevado das mulheres, criando diversos obstáculos, dentre eles aqueles ligados à participação em atividades políticas, espaços de controle social, que possibilitem a permanente discussão, lutas e a construção de estratégias para transpor as barreiras e lutas diárias. A Oxfam (2020) fazem o seguinte alerta sobre o trabalho doméstico e de cuidado:

Ele prejudica a saúde e o bem-estar de trabalhadores de cuidado – em sua maioria mulheres – e limita sua prosperidade econômica ao ampliar diferenças de gênero no emprego e nos salários. Além disso, as mulheres e meninas que assumem essa responsabilidade têm pouco tempo para si mesmas e, portanto, não conseguem satisfazer suas necessidades básicas ou participar de atividades sociais e políticas. Na Bolívia, por exemplo, 42% das

⁵⁴ Ler matérias disponíveis em: <<http://www.msn.com/pt-br/noticias/mulheres/ele-est%3%a1-cada-vez-mais-violento-as-mulheres-sob-quarentena-do-coronav%3%adrus-com-seus-abusadores/ar-BB11XwGT?li=AAggXC1>>. e <<https://unAIDS.org.br/2020/04/quando-os-homens-deixarao-de-pensar-que-os-corpos-das-mulheres-sao-propriedade-deles/>>. Acesso em: 17 maio 2020.

mulheres afirmam que o trabalho de cuidado constitui o maior obstáculo à sua participação na política (ibidem, 2020, p. 13).

É preciso dar visibilidade a esse tipo de trabalho que, nos termos de Kergoat (2016, p. 18), “trabalhar é transformar a sociedade e a natureza e, no mesmo movimento, transformar-se a si mesmo. O trabalho tornar-se assim uma *atividade política*”. Ainda para a autora, o trabalho de cuidado deve ser compreendido como:

[...] não apenas uma atitude de atenção, é um trabalho que abrange um conjunto de atividades materiais e de relações que consistem em oferecer uma resposta concreta às necessidades dos outros. Assim, podemos defini-lo como uma relação de serviço, apoio e assistência, remunerada ou não, que implica um sentido de responsabilidade em relação à vida e ao bem-estar de outrem (KERGOAT, 2016, p. 17).

Na sociedade capitalista, o trabalho de cuidado é perpassado pela estrutura de classe, gênero e raça. Conforme já discutido no capítulo I, há diferenças claras entre o tempo de trabalho doméstico e de cuidado dedicados entre mulheres, a depender também dessas três categorias. Conforme Falquet (2016, p. 45) “a classe das mulheres não é apropriada de maneira monolítica” e completa:

Para aquelas que, nessa classe, não são privilegiadas por ‘raça’ e classe, as mudanças são mínimas: elas continuam a transitar entre apropriação individual e coletiva, chegando a ‘preferir’ às vezes a apropriação individual, embora sejam frequentemente empurradas na direção da apropriação coletiva pelo sistema jurídico e pelas necessidades de mão de obra das outras categorias sociais. Apenas as mulheres mais privilegiadas e/ou combativas e organizadas podem ter esperança de escapar da apropriação individual pela entrada das relações assalariadas. Medir avanços unívoca e restrita para as mulheres apenas com a régua unívoca e restritiva do ‘gênero’, negligenciando as relações de ‘raça’ e classe, só pode induzir ao erro (ibidem, p. 45).

Por vezes, essa apropriação individual e coletiva trazida por Falquet (2016) é amparada pela naturalização do cuidado como uma atividade feminina. Para alguns autores, o cuidado é algo natural, próprio dos seres humanos e de alguns animais. Nos homens e mulheres eles, o cuidado e o autocuidado, podem apresentar-se como ato de amor, a si mesmo e a outrem. Para Boff (2017), o cuidado é uma maneira do próprio ser de estruturar-se e dar-se a conhecer, entra na natureza e na constituição do ser humano, sendo que o modo-de-ser cuidado revela de maneira concreta como é o ser humano. Ainda afirma que:

[...] cuidar é mais que um ato; é uma *atitude*. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma *atitude* de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 2017, p. 349).

No entanto, pondera que o cuidado foi difamado como feminilização das práticas humanas, como empecilho à objetividade na compreensão e como obstáculo à eficácia, diz Boff (2017). De fato, o ser humano necessita de cuidados e de realizar seu autocuidado como forma de sobrevivência, como as crianças ao nascerem e precisarem de cuidados intensos, porém vale ressaltar que esse trabalho não deve ser realizado de forma exclusiva pelas mulheres, sendo importante cultivar uma rede de apoio na família, comunidade e pelo próprio Estado. Referente a esta questão, Abramo e Valenzuela (2016, p. 113) afirmam que “existe uma oferta insuficiente de serviços destinados ao cuidado das pessoas e uma desigual distribuição do trabalho de cuidado da família entre homens e mulheres”. Ainda consideram:

Essa noção se reflete na organização das famílias, com a persistência de um modelo que pouco avançou no sentido de uma maior responsabilidade dos homens pelas atividades de cuidados. Reflete-se, ainda, na organização do mercado de trabalho e nos processos de formulação de políticas públicas, fazendo com que muitas dessas políticas continuem baseadas na imagem tradicional da mulher como cuidadora principal, com total disponibilidade de tempo para encarregar-se das necessidades da família (ABRAMO; VALENZUELA, 2016, p. 114).

Para aquelas mulheres com possibilidade de custear (com valores significativos que podem afetar a renda da família) a contratação de empregadas doméstica, babás e/ou serviços de cuidados diretos às crianças e velhos, estas conseguem permanecer no mercado de trabalho e realizar atividades que possibilitem seu desenvolvimento pessoal (participação em atividades de formação, maior acesso ao lazer, atividades físicas, esportes, entre outras) e produtivo. Porém, como alerta Abramo e Valenzuela (2016, p. 116), “ainda é muito comum a percepção de que o cuidado infantil é uma responsabilidade fundamental da família”. Não fugindo da lógica fortemente patriarcal, dentro do sistema capitalista, na qual sua vida e trabalho é apropriado de forma individual e/ou coletiva, em termos de Falquet (2016).

Destacamos também que no Brasil essa questão ainda está arraigada culturalmente, não apenas em relação aos cuidados das crianças e das (os) idosas (os), como também nos cuidados de pessoas com algum tipo de deficiência e/ou que necessitam de atenção à saúde, devido a algum tratamento específico e/ou que estejam em processo de terminalidade. É comum, mesmo para aquelas que contratam os serviços, serem questionadas pelo fato de não realizarem os cuidados diretos, muitas vezes ouvindo as seguintes expressões e apontamentos: “o/a bichinho/a, já vai para a

creche com essa idade?” ou “você não tem mãe que cuide dele/a? Graças a Deus, tenho a minha que me ajuda muito...” ou “ele/ela gosta da escola? Não chora? Passa o dia todo lá? Coitado! Dá uma pena!” ou “você confia nessa cuidadora? Se fosse minha mãe, deixava tudo para cuidar dela!”. Esses são alguns questionamentos que contribuem para a culpabilização das mulheres, muitas vezes apontadas como “desnaturadas”, reforçando a ideia de que a maternidade é um processo natural e a-histórico, ou seja, “as mulheres nascem com um dom de ser mãe” ou de cuidadora.

O fato é que além de serem mulheres e comumente passarem por esses questionamentos e barreiras durante a vida, aquelas com algum tipo de condição de saúde ou com alguma patologia com forte estigma, a exemplo do HIV/AIDS, por vezes carregam o peso e a incerteza de como cuidarão da família, como e por quem serão cuidadas em caso de necessidade. No trecho abaixo é possível perceber, na fala de Josefa Severina da Conceição, mulher soropositiva, no que se refere à questão do cuidado da sua filha, na ocasião em que descobriu seu diagnóstico no hospital:

Um dia o médico me chamou e disse que tinha feito todos os testes. Ele disse ‘não é aquilo que pensávamos. Precisamos fazer um novo teste. ’ Eu perguntei por quê? E ele disse: “pode ser AIDS. Pensamos que o bebê pode ter AIDS”. Deixei que fizessem o teste. Eu não sabia o que significa aquilo. Já tinha ouvido falar de Cazuza, que era doença de grupo de risco, mas aquilo não dizia respeito a mim. Não entrava na minha cabeça que eu podia ter AIDS. Fiz o teste. Cheguei até a pensar em processar o hospital por aquela suspeita. Quando trocou o plantão, a enfermeira aproximou-se da minha filha e logo foi colocando as luvas. Não usou luvas com outros bebês. Eu era uma mãe cuidadosa. Foi um impacto enorme. Eu estava sofrendo o primeiro preconceito em relação a uma doença que eu nem mesmo sabia se tinha (HEAD; ROCHA, 2011, p. 20).

O relato acima traz o peso do preconceito que as mulheres que vivem com HIV/AIDS sofrem, inclusive nos serviços de saúde, que deveriam ser locais de orientações, aconselhamento, educação em saúde e acolhimento das demandas trazidas por essas mulheres, principalmente na ocasião do parto. Também é possível observar a reflexão em relação a seu autoconceito e imagem de mãe cuidadosa e zelosa com a filha, que para ela foi atingida pela profissional de saúde por um ato, aparentemente simples, porém com bastante significado para aquela mulher. Nesse período, na década de 1990, o HIV/AIDS ainda era visto como algo distante da realidade de muitas mulheres, sendo associado a um grupo específico dito de “risco” e bastante estigmatizado, o dos gays e homens que fazem sexo com homens e, em menor escala, usuários de drogas e trabalhadoras do sexo. Rocha (2011, p. 88) aborda que “apesar da

epidemia da AIDS ter atingido as mulheres desde o início dos anos de 1980, a primeira notificação ocorreu em 1983”. Ainda acrescenta:

[...] apenas em 1994 Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de DST/AIDS organizou as primeiras ações para enfrentar o problema. Na segunda metade dos anos de 1990 foram lançadas as primeiras campanhas dirigidas as primeiras mulheres e estiveram voltadas para a negociação do uso do preservativo com seu parceiro e posteriormente as mensagens estavam para o incentivo ao seu uso (ROCHA, 2011, p. 88).

Portanto, a realidade mostrou que a ideia de grupos de risco vigente no início da epidemia era errônea, haja vista a expansão da infecção, assim como a constatação de que havia uma relação entre AIDS e o contexto econômico e social nas regiões onde a epidemia se disseminava, diz Rocha (2011). De acordo com o Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia da AIDS e outras DST (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) em termos globais, a epidemia de AIDS se constituiu em uma realidade para as mulheres, desde o seu surgimento. A ocorrência da infecção pelo HIV foi detectada em mulheres, em 1981, nos Estados Unidos. Barbosa Filho e Rocha (2018, p. 91) acrescentam que em “1983 no Brasil, logo após a notificação dos primeiros a relação era de vinte e cinco casos de HIV entre homens para cada mulher com HIV”. É importante destacar que essa proporção foi se modificando ao longo dos anos. Em “2018 a razão de sexos foi de 2,6 (M:F), ou seja, 26 homens para cada dez mulheres”, de acordo com o Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p. 13).

Estudos demonstram que as mulheres têm uma tendência à vulnerabilidade ao HIV, de acordo com Rocha et al. (2018, p. 364), “– em que pesem determinações biológicas – agrava-se em situações de desigualdades de gênero, quando as negações para a prevenção tornam-se mais difíceis”. Destaca-se que os estudos que tratam sobre HIV/AIDS passam a considerar, desde a década de 1990, o conceito sobre vulnerabilidade, para além da patogenia de um agente viral específico, sendo visto como um importante avanço para área, de acordo com Ayres et al. (2009). Para eles, o conceito de vulnerabilidade pode ser entendido como:

[...] simultaneamente, construto e construtor dessa percepção ampliada e reflexiva, que identifica as razões últimas da epidemia e seus impactos em totalidades dinâmicas formadas por aspectos que vão de suscetibilidade orgânicas à forma de estruturação de programas de saúde, passando por aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos (AYRES et al., 2009, p. 121).

A emergência dessa referência conceitual, no campo da AIDS, tem representado um importante passo no caminho da produção de um conhecimento efetivamente interdisciplinar e da construção de intervenções dinâmicas e produtivas, dizem Ayres et al. (2009). O conceito de vulnerabilidade para Rocha (2011) passa a ser utilizado para explicar as várias dimensões da epidemia, e é aplicado para evidenciar as desigualdades em que vivem as mulheres. Essas perspectivas possibilitam analisar a questão do HIV/AIDS a partir de uma totalidade, de maneira integral, considerando diferentes aspectos da vida do sujeito, não apenas pela lente biomédica. É importante considerar, de acordo com Soares (2011), que a saúde e doença constituem um processo sócio-histórico que deve ser pensado e enfrentado no âmbito das relações sociais e de forma alguma deve ser apartado dessas relações. Ainda observa que:

Assim, a classe social e o lugar que os sujeitos sociais ocupam na estrutura social, as relações de gênero, de raça/etnia, entre outras, constituem determinantes fundamentais desse processo, incidindo não só sobre as condições e configurações dos desgastes, riscos e agravos à saúde, mas também sobre o acesso às suas diversas formas de enfrentamento via políticas sociais (SOARES, 2011, p. 88).

Em se tratando das mulheres que vivem com HIV/AIDS, para além dessas questões trazidas pelos (as) autores (as), considera-se que essas mulheres são mais susceptíveis à discriminação, ao peso do estigma e aos diversos tipos de violências, incluindo aquelas perpetradas por instituições de saúde, Estado, parceiros (as) e/ou familiares. Ainda mais em se tratando de uma sociedade com o peso patriarcal, no qual é possível verificar a constante invisibilidade e inviabilidade do acesso aos direitos dessas mulheres, inclusive com a difícil tarefa de negociação para uso do preservativo, como já discutido anteriormente por vários pesquisadores da área. Vilela e Nilo (2011) colocam que a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos é essencial para o enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS. Ainda acrescentam:

Metade de todas as pessoas infectadas pelo HIV/AIDS no mundo são mulheres, afetadas pela epidemia principalmente devido à falta de garantia dos seus direitos sexuais e reprodutivos. Em todo o mundo a transmissão pelo HIV é predominantemente sexual, e mesmo nos países onde a epidemia se expande pela utilização de drogas injetáveis, para as mulheres a transmissão sexual ainda é o modo mais importante (VILELA; NILO, 2011, p. 37, apud. UNAIDS, 2008).

Ainda para as autoras, “o crescimento da epidemia entre mulheres é baseado em uma combinação complexa de pobreza, violência, falta de informação e práticas sexuais inseguras. A vulnerabilidade entre as mulheres é agravada pelas desigualdades” próprias

do capitalismo (VILELA; NILO, 2011, p. 37). Mesmo aquelas mulheres com acesso às informações, com formação escolar e classe social mais elevada, mesmo que em menor proporção, há indicações do peso do estigma e da sorofobia. Ainda de acordo com a pesquisa realizada para traçar o Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil (UNAIDS, 2019), alerta que das pessoas entrevistadas, cerca de 2000, relatam ter sofrido assédio verbal (25,3%), agressões físicas (6,0%) e até mesmo perda de fonte de renda ou emprego por ser alguém vivendo com HIV ou vivendo com AIDS (19,6%).

No que se refere à violência de gênero, Rocha (2011) coloca ser um assunto que ainda não foi suficientemente dimensionado no Brasil. Não se conhece esse fenômeno nem a relação com a infecção, ao que pese estas questões, a autora ainda considera como exemplo emblemático do silêncio acerca do debate sobre a relação de mulheres lésbicas e AIDS. É de conhecimento que sexo entre mulheres ainda é tratado com muito preconceito na medicina, e, portanto, a ausência de dados pode estar relacionada a uma falta de conhecimento sobre formas de risco e prevenção do HIV/AIDS entre lésbicas (ROCHA et al., 2018, p. 365). Podendo ser representado também, conforme Rocha (2011), como o silêncio da realidade de muitas mulheres nesses mais de trinta anos de epidemia, sendo um resultado do “silêncio” nos serviços de saúde que reflete na baixa resposta governamental às políticas de abordagem de gênero. Essa reflexão trazida por Rocha (2011) ainda é muito presente no cotidiano dos serviços de saúde, conforme a pesquisa realizada para traçar o Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil (UNAIDS, 2019, p. 69) demonstra que:

A maior parte das pessoas que foram vítimas (de algum tipo de violência) não contaram a ninguém sobre o ocorrido. Portanto, quando os profissionais de saúde têm atitudes inadequadas com os usuários, as pessoas vivendo com HIV/AIDS, em geral, não compartilham informações sobre o ocorrido. Sabemos que a falta de reação perpetua a má prática, mas sabemos também o quanto os usuários ficam vulneráveis face às relações de poder exercidas nos espaços da saúde à pouca tradição de defesa de seus direitos.

No Brasil, apesar da predominância masculina nos casos de HIV, ficam evidente os impactos da desigualdade de gênero e das iniquidades sociais vivenciadas pelas mulheres. Para Barbosa Filho e Rocha (2018) a vulnerabilidade das mulheres à infecção é agravada pelas desigualdades econômicas e sociais e de poder entre homens e mulheres:

Os novos casos de HIV no Brasil seguem uma tendência mundial de se concentrar nas áreas e populações mais pobres e entre mulheres, que são as

que mais sofrem os impactos sociais das contrarreformas neoliberais e da consequente familiarização das políticas sociais, fazendo da pauperização e feminização da epidemia uma tendência inegável no Brasil (BARBOSA FILHO; ROCHA, 2018, p. 91)

Sobre isso, os dados estatísticos evidenciam que há diferenças importantes entre as regiões quanto à razão de sexos, apesar de, em todas elas, haver um predomínio de casos em homens. Nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, a razão de sexos, em 2018, foi de 26 e 27 casos em homens para cada dez casos em mulheres, respectivamente. Por sua vez, nas regiões Norte e Nordeste, a razão de sexos, em 2018, foi de 23 casos em homens para cada dez casos em mulheres, enquanto na região Sul houve uma maior proporção de mulheres no total de casos de AIDS: a razão de sexos foi de 18 homens para cada dez mulheres de acordo com o Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Também é possível identificar que há diferenças entre as regiões do país, historicamente nas mais pobres, há uma tendência para o crescimento da epidemia, como demonstra o Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019), de 2007 até junho de 2019 foram notificados ao Sinan 300.496 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo:

[...] 136.902 (45,6%) na região Sudeste, 60.470 (20,1%) na região Sul, 55.090 (18,3%) na região Nordeste, 26.055 (8,7%) na região Norte e 21.979 (7,3%) na região Centro Oeste. No ano de 2018, foram notificados 43.941 casos de infecção pelo HIV, sendo 5.084 (11,6%) na região Norte, 10.808 (24,6%) casos na região Nordeste, 16.586 (37,7%) na região Sudeste, 7.838 (17,8%) na região Sul e 3.625 (8,2%) na região Centro-Oeste (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p. 16).

Desde o início da epidemia de AIDS (1980) até 31 de dezembro de 2018, foram notificados no Brasil 338.905 óbitos tendo o HIV/AIDS como causa básica (CID10: B20 a B24). A maior proporção desses óbitos ocorreu na região Sudeste (58,3%), seguida das regiões Sul (17,7%), Nordeste (13,6%), Centro-Oeste (5,3%) e Norte (5,1%).

Em 2018, a distribuição proporcional dos 10.980 óbitos foi de 41,1% no Sudeste, 22,0% no Nordeste, 19,1% no Sul, 11,0% no Norte e 6,8% no Centro-Oeste. No período de 2008 a 2018, verificou-se uma queda de 24,1% no coeficiente de mortalidade padronizado para o Brasil, que passou de 5,8 para 4,4 óbitos por 100.000 habitantes. No mesmo período, no Norte e Nordeste, observou-se aumento de 26,0% e 2,8% nesse coeficiente, respectivamente. Nas demais regiões, registrou-se diminuição do coeficiente de mortalidade, sendo que entre 2008 e 2018 o Sudeste apresentou queda de 43,8%, o Sul de 41,5% e o Centro-Oeste de 26,4% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p. 15).

Estudos demonstram diferenças epidemiológicas considerando a região geográfica, a exemplo do Norte e Nordeste brasileiro, onde consta um aumento de óbitos das pessoas que vivem com AIDS. Conforme a pesquisa sobre Mortalidade por HIV/AIDS no Brasil 2000-2015, uma das questões que afeta os (as) usuários (as) é a demora e/ou falta de acesso na realização do diagnóstico da doença (GUIMARÃES et al., 2017). Esta questão pode ser atribuída no Brasil, conforme Vieira et al. (2018, p.248), por meio da “força do neoliberalismo que vem se espalhando sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), com inúmeras lutas de resistência daqueles identificados com sua construção, através do movimento de reforma sanitária”.

É importante destacar também que houve um crescimento quanto ao número de óbitos das pessoas que vivem com HIV/AIDS em Pernambuco, nos quais foram registrados 5.055 óbitos por AIDS no período analisado (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2016, p. 82). Deve-se levar em consideração, conforme os dados, que há diferença nos óbitos ocorridos de acordo com o quesito raça/ cor e gênero, ou seja, mulheres negras sofrem maior impacto com a doença, tendo um índice maior de mortalidade, como apresentam os números do Boletim Epidemiológico sobre HIV/AIDS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p. 13):

Quando distribuídos proporcionalmente os óbitos notificados no ano de 2018 por raça/cor, observaram-se 59,8% entre negros (45,4% pardos e 14,5% pretos), 39,5% entre brancos, 0,4% entre amarelos e 0,3% entre indígenas. A proporção de óbitos entre mulheres negras foi superior à observada em homens negros: 61,5% e 59,0%, respectivamente. Realizando-se uma comparação entre os anos de 2008 e 2018, verificou-se queda de 22,2% na proporção de óbitos de pessoas brancas de crescimento de 22,5% na proporção de óbitos de pessoas negras.

Conforme Soares (2017, p. 95), “a feminização da epidemia expõe as contradições da inserção das mulheres nessa sociedade, especialmente se relacionarmos a classe social e seus segmentos mais pauperizados”. São essas mulheres que apresentam uma taxa de crescimento de mortalidade e abandono do tratamento, conforme Vieira (2018). Ainda a autora coloca que há um “caráter desigual que extrapola a questão socioeconômica, incidindo sobre as mulheres, ou seja, sobre as pessoas que sofrem preconceitos e discriminação, como também os negros” (VIEIRA, 2018, p. 82). Essas questões são importantes para dar visibilidade à dificuldade dessas mulheres no acesso aos serviços, aos direitos sociais, ao emprego e renda dignos para a sua manutenção e de sua família. Sobretudo, é possível considerar a dificuldade em realizar o autocuidado diante da carga de trabalho doméstico e de cuidado não remunerado.

Além dessas questões, de acordo com Rocha (2011), as mulheres têm maior probabilidade de sofrer algum tipo de violação de direito durante sua vida, aumentada a chance naquelas com maior vulnerabilidade e já estigmatizadas por algum tipo de doença. O Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) atribui que o poder diferenciado entre mulheres e homens também amplia a vulnerabilidade das mulheres, pois relega a sexualidade feminina ao silêncio, sobretudo, no que diz respeito aos cuidados com o corpo e com a saúde sexual. Ainda reflete que:

Na perspectiva dos papéis relacionados ao exercício da masculinidade em nossa sociedade, noções como a de que os homens devem iniciar a vida sexual o mais cedo possível, ter muitas parceiras sexuais, ‘controlar’ suas parceiras e que as práticas sexuais sem o uso do preservativo são mais prazerosas, se constituem o centro da vulnerabilidade das mulheres no que diz respeito à prevenção da infecção pelo HIV/AIDS e outras DST. A reprodução de papéis tradicionais nas relações de gênero e das relações de poder entre os gêneros interfere na capacidade de negociação de práticas de sexo mais seguro com seus parceiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 13).

Associado a isso, “muitos países não têm programas específicos de prevenção para as mulheres ou meninas. As ações ocorrem, principalmente, como campanhas, consideradas insuficientes por sua natureza esporádica e isolada” (VILELA; NILO, 2011, p. 39). Ao que pese esta questão no Brasil, as políticas de enfrentamento ao HIV/AIDS para as mulheres estiveram muito mais voltadas ao impedimento da transmissão vertical da doença. Corroborando com esta questão, Rocha (2011, p. 106) afirma que:

[...] tanto o Programa Nacional de DST/AIDS, como na Política Nacional para a Saúde das Mulheres, a aplicação da diretriz de gênero nas ações de prevenção foram restritivas, dirigidas ao controle de transmissão vertical (TV) do HIV de mãe para filho. Enquanto isso, as ações educativas estavam voltadas para o fornecimento de informações e de preservativos.

A autora ainda avalia que mesmo o Plano Nacional Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia da AIDS e outras DST, de 2007, formulado com a participação do movimento feminista⁵⁵ e com ampla discussão na perspectiva de

⁵⁵ Para aprofundamento desta questão, ler a tese de ROCHA, Solange. **Silenciosa conveniência entre transgressão e conservadorismo:** trajetórias feministas frente a epidemia da AIDS no Brasil. Recife: UFPE, 2011 (Tese), que analisou as concepções, caminhos e inflexões teórico-políticas do movimento feminista na proposição de políticas e nas estratégias adotadas para o enfrentamento da epidemia de AIDS.

consolidar uma política intersetorial, com o objetivo de reduzir os contextos de vulnerabilidades, acabou seguindo a proposta voltada à transmissão vertical (ROCHA, 2011). Esse direcionamento é possível verificar nos dados apresentados pelo Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019), que em um período de dez anos houve um aumento de 38,1% na taxa de detecção de HIV em gestantes: em 2008, a taxa observada foi de 2,1 casos/mil nascidos vivos e, em 2018, de 2,9/ mil nascidos vivos. Esse aumento poderia ser explicado, em parte, pela ampliação do diagnóstico no pré-natal e a consequente prevenção da transmissão vertical do HIV.

Observa-se que a centralidade das ações voltadas às mulheres que vivem com HIV/AIDS não contemplam efetivamente as outras questões, que vão além da maternidade, como acesso à prevenção, numa perspectiva democrática e de direitos humanos, à autonomia⁵⁶, garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, ou seja, são ações realizadas ainda com um direcionamento oposto à saúde integral dessas mulheres, como já discutido anteriormente. Rocha (2011, p. 94) alerta que é observada a “falta de interface entre as ações de planejamento familiar, de prevenção do câncer de colo do útero, da assistência ao aborto incompleto e da assistência às mulheres vítimas de violência”. Vale ressaltar que os cuidados dessas mulheres devem contemplar o acesso a outras especialidades, atendimento com os demais profissionais de saúde, caso se faça necessário, e acesso a outros serviços que possam contribuir para o atendimento integral e diminuição da vulnerabilidade feminina. No entanto, Barbosa Filho e Rocha (2018) analisam que os esforços globais no atendimento às mulheres e crianças de controle a pandemia, tendem a não resolver assimetrias de gênero e acrescentam:

Diante das complexidades e duração do tratamento demandado pelas pessoas soropositivas, que não pode ser reduzido a serviços emergenciais e focais ou a linhas de cuidado fragmentadas, fica evidente que o modelo neoliberal e do ‘SUS possível’, amplamente difundido em governos dos três níveis do Estado brasileiro, se configura como um obstáculo à integralidade do tratamento e que este, junto ao crônico subfinanciamento do SUS pode colocar em risco as conquistas e o lugar do Brasil na vanguarda do controle da epidemia de HIV/AIDS e de proteção da vida de mulheres e homens vivendo com HIV/AIDS (BARBOSA FILHO; ROCHA, 2018, p. 95).

Referente às iniquidades sociais e de gênero sofridos pelas mulheres no mundo, o UNAIDS lançou no ano de 2020 o documento intitulado *We’ ve got the power*.

⁵⁶ Para Rocha (2011), a autonomia é outro conceito e, para algumas correntes feministas, é um princípio ético que está relacionado à emancipação das mulheres, já que para os homens a autonomia sempre foi relacionada à heteronomia das mulheres, contudo, para muitas teóricas feministas esse também é um conceito complexo.

women, adolescent girls and the hiv response, que pode ser traduzido como *Nós temos o Poder: mulheres, adolescentes e a Resposta ao HIV*, mostrando que essas grandes desigualdades continuam a tornar as mulheres e meninas mais vulneráveis ao HIV. Ainda segundo essa publicação, apesar de alguns avanços, quando os países assinaram a Declaração e Plataforma de Ação de Pequim, há 25 anos, referente aos direitos humanos e igualdade de gênero, as mulheres ainda têm menos oportunidades econômicas do que os homens e ainda carregam o peso do trabalho doméstico e de cuidado, afirma o referido relatório (UNAIDS, 2020).

O relatório *We' ve got the power* (UNAIDS, 2020) aponta também que a discriminação e a violência baseadas no gênero são ainda muito comuns em nossas sociedades. Outro dado preocupante trazido nesse relatório é que a AIDS é a principal causa de morte entre mulheres em idade reprodutiva, como afirma abaixo:

AIDS-related illnesses are the leading cause of death among women of reproductive age globally; every week 6000 adolescent girls and young women around the world are acquiring HIV—most of them in Africa; and women from key populations most impacted by the epidemic are between five to 19 times more likely to be living with HIV than other adult women (UNAIDS, 2020, p. 02).

Aponta também como o peso da discriminação, do estigma, da violência, vividos por essas mulheres e adolescentes, afeta o acesso aos serviços de saúde e de cuidado, com o aumento de risco direto de doenças nessa população, como esclarece:

A lack of legal protections and enforcement against gender discrimination heightens risks to the health and well-being of women and girls. For example, while intimate partner violence is linked to higher risks of HIV for women and girls in areas of high HIV prevalence, some countries still lack legislation against domestic violence, and many more fail to criminalize marital rape. Many women living with HIV also face violence because of their status from intimate partners, in health facilities and in their community (UNAIDS, 2020, p. 07).

Outra preocupação é que alguns países possuem leis que criminalizam as atividades sexuais, o uso de drogas e os status de HIV e gênero. Diante desse cenário, o UNAIDS, sugere, entre outras questões, a possibilidade das mulheres e adolescentes, garantindo a devida autonomia, de acessarem os diversos serviços de manutenção de sua saúde e bem-estar, como revela o trecho a seguir:

The HIV response is most effective when state policies and social norms are transformed in ways that empower the people who are most vulnerable and enable them to access services. In many parts of the world, for instance, women and girls are prevented from controlling their own bodies, making

choices about their sexual and reproductive lives, and using the health, education and social services they need (UNAIDS, 2020, p. 06).

Para o UNAIDS (2020), o HIV é mais do que um problema de saúde. Para ela, é necessário um esforço para acabar com a epidemia, estando entrelaçado com a busca de justiça econômica e de gênero, social e direitos humanos para todos. Porém, é possível assumir significativo ceticismo em relação à possibilidade de alcançar essa igualdade social, econômica e de gênero em uma sociedade que preza pela valorização/acúmulo capital, acima das vidas e que cultiva incansavelmente o abismo dessas desigualdades, em especial a de gênero, que move o trabalho produtivo, com baixo custo, e o trabalho doméstico e de cuidado realizado de forma gratuita. As mudanças virão com transformação na estrutura social e de paradigmas, que não são compatíveis com o consenso e a tentativa de convívio com essa atual estrutura.

Por fim, trilhando o caminho desta pesquisa, será analisada a exploração e a apropriação do tempo das mulheres soropositivas no trabalho de cuidado no capítulo III. Também será possível realizar aproximações no cotidiano das mulheres que vivem com HIV/AIDS por meio da análise das entrevistas, assim como conhecer o percurso metodológico deste trabalho.

4. APROXIMAÇÕES NO COTIDIANO DAS MULHERES QUE VIVEM COM HIV/AIDS

4.1 Percurso metodológico da pesquisa

A proposta inicial para a realização do projeto de pesquisa para desenvolvimento no curso de mestrado do Programa de Pós-graduação em Serviço Social estava relacionada às políticas direcionadas às mulheres em situação de violência, atendidas especificamente na Política de Saúde. A motivação para a realização do estudo surgiu a partir de observações durante minha atuação profissional na unidade hospitalar onde estou vinculada, no âmbito municipal e estadual.

A partir da realidade, das observações feitas durante os atendimentos realizados às (aos) usuárias (os) do Serviço Social no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) da Universidade de Pernambuco⁵⁷ (UPE), referência no atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS, no qual estou vinculada profissionalmente como assistente social desde 2006, assim como das reflexões e discussões, juntamente com os orientadores, foi proposto estudar como indivíduos e os seus grupos familiares vivenciam e se organizam diante do diagnóstico da soropositividade.

No cotidiano profissional, pode-se observar empiricamente que na Política de Saúde as mulheres são demandadas, de forma mais expressiva, à realização dos cuidados com outros membros da família, especificamente quando se refere às crianças, idosos e, ainda, à comunidade de uma forma geral (FERREIRA, 2017). A naturalização e a responsabilização da exploração feminina nos espaços de cuidados estão inseridas intrinsecamente nas instituições, especialmente na saúde, são expressões da violência institucional⁵⁸ como parte do cotidiano das mulheres, segundo Ferreira (2017, p.19):

57. A Universidade de Pernambuco (UPE) teve sua origem na Fundação de Ensino Superior da Pernambuco – FESP, mantenedora, desde 1965, de um grupo de Unidades de Ensino Superior pré-existent no Estado. Extinta a FESP, em 1990, foi criada em seu lugar, pela Lei Estadual nº 10.518, de 29 de novembro de 1990, a Fundação Universidade de Pernambuco, instituição de direito público que viria a ser mantenedora da nova Universidade de Pernambuco, reconhecida pela Portaria Ministerial nº 964, de 12 de junho de 1991. Disponível em: <<http://www.upe.br/index.php/institucional>>. Acesso em: 20 jan. 2019

58. Praticada nas instituições prestadoras de serviços públicos como hospitais, posto de saúde, escolas, delegacias, judiciário. É feita por aqueles que deveriam proteger, garantindo-lhes uma atenção humanizada, preventiva e também reparadora de danos (Rede Social de Justiça e Direitos Humanos, 2004)

A forma como este tempo é tratado seja na sociabilidade, seja no cotidiano assistencial dos serviços de saúde revela, por sua vez, uma profunda invisibilização social não apenas deste tempo, mas do sujeito que o desprende: as mulheres pauperizadas da classe trabalhadora.

É importante destacar que existia ainda uma lacuna no âmbito da pesquisa sobre as seguintes questões: a reprodução social e a relação do trabalho doméstico não remunerado e de cuidado, em relação aos impactos na saúde no cotidiano das mulheres que vivem com HIV/AIDS, bem como a adesão ao tratamento com os antirretrovirais. Conforme o Dossiê Mulheres com HIV/AIDS (1999), desde a década de 1990, do século XX, quando foi constatado que o HIV não era uma epidemia que atingia apenas os homens, foram desenvolvidas ações para evitar infecção entre as mulheres e crianças, nas últimas sobretudo a infecção vertical⁵⁹. Nesse documento há a constatação de que a epidemia de HIV/AIDS é marcada pelas relações de gênero — modo como as sociedades organizam as relações sociais e sexuais entre homens e mulheres.

É comum, durante os atendimentos às usuárias⁶⁰ do hospital, o relato sobre a dificuldade de negociação feminina para o uso de preservativo, podendo contribuir para a infecção ou reinfecção do vírus HIV. Tal afirmação pode ser confirmada entre as (os) pesquisadoras(es) da temática (ROCHA, 2018; BARBOSA FILHO, 2018; VIEIRA, 2018; SOARES, 2017).

Os dados já apresentados nos capítulos anteriores são compatíveis com a realidade das (os) usuárias (os) do HUOC, conforme observado no cotidiano profissional e de acordo com os relatos das (os) pacientes. Alguns deles têm diagnóstico tardio e/ou dificuldades em dar continuidade ao tratamento devido à falta de acesso aos serviços de saúde, falta de alimentos adequados para o tratamento, uso abusivo de álcool e outras drogas, conflitos familiares, além das questões subjetivas que também interferem na adesão aos antirretrovirais, entre outros relatos trazidos pelas (os) usuárias (os).

Em relação às mulheres, pôde-se fazer os seguintes questionamentos para reflexão: como ocorre a realização dos seus cuidados no espaço familiar? Quais os impactos na

59. Transmissão do HIV de mãe para o feto ou bebê. Pode ocorrer durante a gestação, no parto ou no período de aleitamento (POLÍTICA NACIONAL DE HIV/AIDS, 1999).

60. Não apenas entre as mulheres cisgênero, como também entre as travestis e mulheres transexuais.

saúde da mulher que vive com HIV/AIDS em relação à demanda do trabalho doméstico não remunerado e de cuidado realizado diariamente?

Na tentativa de aproximação sucessiva da realidade e na busca das referidas respostas, a pesquisa teve como campo o Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), hospital-escola da Universidade de Pernambuco (UPE), ligado à Secretaria Estadual de Ciência, Tecnologia e Inovação. O hospital é conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), possui 525 leitos, é dotado de estrutura física pavilhonar de 18.000m², possui uma área suplementar de 5.200m², destinada exclusivamente ao ensino, à pesquisa e à extensão dos cursos de graduação e pós-graduação (CAVALCANTI et al., 2010 apud DINIZ, 1994).

A referida unidade hospitalar é referência no Norte e Nordeste nas seguintes especialidades: Oncologia adulto e infantil, Doenças Infecciosas e Parasitárias – DIP, Pediatria, Cirurgia Geral e Torácica, Pneumologia, Clínica Médica, Urologia, Gastroenterologia, Cirurgia buco-maxilo-facial, Cirurgia Vascular, Hepatologia (incluindo a realização de Transplante Hepático), Oftalmologia, Otorrinolaringologia (DSS, 2017). Especificamente na área de infectologia⁶¹ possui cerca de dois pavilhões destinados aos internamentos e uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) – DIP. Em relação aos pacientes, os dados de 2018 demonstram que havia cerca de 2.341 cadastrados no Sistema de Controle Logístico de Medicação (SICLOM) para recebimento de medicamentos antirretrovirais do DIP Adulto e cerca de 116 crianças e adolescentes cadastradas, sendo um universo importante para realização da pesquisa.

O serviço de infectologia do HUOC é referência para as doenças infecciosas e parasitárias do estado de Pernambuco. O Pavilhão que comporta esse setor é o Rinaldo Azevedo, atualmente possui seis enfermarias coletivas e quatro quartos de isolamento, totalizando 22 leitos. Nesse mesmo espaço está localizada a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) DIP, com cerca de 9 leitos. Atualmente o outro pavilhão, que possuía leitos para atendimento do DIP Adulto, encontra-se em reforma. Nesse local havia 16

61. No ano de 1879, o Recife passava por um precário quadro da saúde pública do estado, afligido por repetidos surtos de doenças infecciosas, sobretudo a varíola. Neste período houve tentativas para a criação de um hospital específico para o tratamento de doenças infecciosas. Apenas em 1884 foi criado para o tratamento da varíola o então Hospital Santa Águeda, inicialmente com 100 leitos e apenas 01 médico. Em 1925, devido às condições precárias, esse hospital foi demolido e simultaneamente foi construído o Hospital Oswaldo Cruz (CAVALCANTI et al., 2010 apud DINIZ, 1994).

leitos, no qual foram relocados apenas 6 para outra enfermaria (Pavilhão Júlio de Melo – clínica médica). Há também o setor de triagem para atendimento aos pacientes do DIP Adulto e leito-dia para uso de medicação.

Na atualidade, os atendimentos do ambulatório do DIP/Adulto são realizados em um espaço reservado, no antigo local destinado ao atendimento dos pacientes com doença de Chagas (até o final de 2006) de segunda a sexta, nos dois turnos, especificamente por cerca de 11 infectologistas para o atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS (09 do HUOC e 02 ligados à *AIDS Healthcare Foundation – AHF*). Observa-se que o referido ambulatório não conta com a atuação direta de equipe multidisciplinar ligada ao HUOC/UPE. Atualmente tem a colaboração da Organização Não Governamental estadunidense AHF, criada em 1986, presente em 39 países, para atendimento de pessoas que vivem com HIV/AIDS, sendo considerada a maior fundação na luta contra a doença, em atuação no Brasil desde 2013, com o objetivo de captar pacientes em abandono de tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A pesquisa é relevante devido a possibilidade de discutir alguns aspectos essenciais sobre o objeto de estudo: o primeiro a ser considerado são os dados estatísticos referentes à epidemia do HIV/AIDS, compreendendo a dinâmica da epidemia no Brasil, com indicativo de uma expressiva desigualdade social, pauperização e feminização da doença; o número de óbitos e abandono no tratamento entre as mulheres soropositivas; o outro aspecto é a importância de se conhecer as mulheres cuidadoras que vivem com HIV/AIDS, assim como problematizar a sobrecarga do trabalho de cuidado dessas mulheres no âmbito familiar e doméstico.

A partir dessas problematizações, a pesquisa tem como concepção norteadora o feminismo materialista francófono, que parte da reflexão e desvelamento das formas de opressão feminina, dentro de uma sociedade essencialmente patriarcal, racista, capitalista e heteronormativa, no qual o trabalho feminino nos termos de Colette Guillaumin é apropriado de maneira física (direta), individual e coletiva. Para ela, essa apropriação tem quatro expressões: do tempo, dos produtos do corpo, a coação sexual e carga física dos membros do grupo (FALQUET, 2016).

Nesse sentido discutiu-se essencialmente as questões do trabalho de cuidado realizado por mulheres soropositivas no espaço doméstico e hospitalar, onde seu tempo é apropriado de maneira individual e coletiva, especialmente através da família e das

instituições de saúde. É importante situar o entendimento do trabalho de cuidado para esta pesquisa, que é:

[...] não apenas uma atitude de atenção, é um trabalho que abrange um conjunto de atividades materiais e de relações que consistem em oferecer uma resposta concreta às necessidades dos outros. Assim, podemos defini-lo como uma relação de serviço, apoio e assistência, remunerada ou não, que implica um sentido de responsabilidade em relação à vida e ao bem-estar de outrem (KERGOAT, 2016, p. 16).

Para Kergoart (2016), entre as teorizações do trabalho doméstico, gratuito e presumidamente “sem valor”, as análises oferecidas pelas feministas materialistas foram decisivas: as teorizações do modo de produção doméstico e de sexagem modificaram a definição clássica do trabalho, demonstrando que trabalho doméstico gratuito, excluído do mercado, entrava na categoria altamente explorado. Ainda para a autora, o feminismo materialista:

[...] estrutura-se em torno das tensões que produzem os grupos sociais — as classes, classes sociais, mas também classes de sexo, classes de raça. A ferramenta da divisão social do trabalho permite, portanto, pensar as relações sociais em suas analogias e em suas diferenças (KERGOAT, 2016, p. 22).

Ancorada no feminismo materialista, é possível compreender o trabalho de cuidado no capitalismo e suas transformações, na perspectiva da divisão sexual do trabalho e de raça. Portanto, considerando o objeto de estudo e a contínua vulnerabilidade das mulheres à doença, com diferença na taxa de crescimento conforme as regiões do país, os dados referentes ao número de óbitos das pessoas que vivem com HIV/AIDS, assim como um importante percentual da doença entre a população autodeclarada negra/parda,⁶² é que foi incorporado como um movimento único para este estudo as questões de classe, raça e a divisão sexual do trabalho.

No intuito de desvelar o trabalho feminino nas famílias e os impactos nos cuidados da saúde das mulheres que vivem com HIV/AIDS, utilizou-se como mediação a análise da constituição do patriarcado e da apropriação do tempo e do trabalho das mulheres. Nessa perspectiva, para a aproximação do objeto de estudo, foram realizados levantamento e análise bibliográfica sobre a temática da pesquisa para aprofundamento teórico e reconstrução do objeto no tocante às seguintes questões: trabalho; gênero; patriarcado; família; violência; capitalismo tardio; Estado; neoliberalismo e política de

⁶² Caso notificado SINAN 2018. Disponível em: <<http://indicadores.AIDS.gov.br/>>. Acesso em: 13 jan. 2019.

HIV/AIDS. Assim como foram utilizados outros procedimentos qualitativos, com a finalidade real não em contar opiniões ou pessoas, mas o contrário, explorar os espectros de opiniões, as diferentes representações sobre o assunto em questão (GASKELL, 2008).

Tais procedimentos de pesquisa qualitativa dão possibilidades de considerar a multiplicidade das perspectivas e dos agentes compondo cada uma das categorias, obrigando a romper a unidade artificial da categorização estatística e a revelar uma diversidade de situações, como afirma Groulx (2014). Ainda para o referido autor, ela introduz um novo sentido dos problemas pela compreensão de significados, além da possibilidade de repensar “o estudo das necessidades não mais segundo os indicadores de medidas, mas sim segundo especificidades socioculturais dos meios de vida, sendo considerado conhecer os pontos de vista invisíveis, censurados ou simplesmente silenciados (GROULX, 2014, p. 98).

No intuito de desvelar o trabalho feminino nas famílias e os impactos nos cuidados da saúde das mulheres que vivem com HIV/AIDS, utilizou-se como mediação o patriarcado e apropriação. Nessa perspectiva, para a aproximação do objeto de estudo, serão realizados os seguintes procedimentos:

- 1) Levantamento e análise bibliográfica sobre a temática da pesquisa para aprofundamento teórico e reconstrução do objeto no tocante às seguintes questões: trabalho; gênero; patriarcado; família; violência; capitalismo tardio; Estado; neoliberalismo e política de HIV/AIDS.
- 2) Foram utilizados procedimentos qualitativos, tais procedimentos, “dão possibilidades de considerar multiplicidades das perspectivas e dos agentes compondo cada uma das categorias”, como afirma Groulx (2014, p. 97). Ainda para o referido autor, ela introduz um novo sentido dos problemas, pela compreensão de significados. Possibilita também repensar o “estudo das necessidades não mais segundo os indicadores de medidas, mas sim segundo especificidades socioculturais dos meios de vida, sendo considerado conhecer os pontos de vista invisíveis, censurados ou simplesmente silenciados” (GROULX, 2014, p. 98).

Para tanto, foram realizadas entrevistas em profundidade, através de “amostra não probabilística, que nos dá acesso a um conhecimento detalhado e

circunstancial da vida social” (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2014, p. 139). Os sujeitos da pesquisa foram 10 mulheres soropositivas, devido aos números de questões abordadas na entrevista, por meio de coleta de dados primários, de forma individual, e devido às dificuldades de acesso aos sujeitos, pelo demorado processo de transição, leitura flutuante, pré-análise e análise do corpus de textos. Além disso, há dificuldade em obter um local para realização de atividades em grupo no hospital, de recrutar as entrevistadas com antecedência e devido ao sigilo do diagnóstico. É importante esclarecer que devido à pandemia do COVID-19, conseguimos realizar entrevistas apenas com 09 mulheres. As entrevistas foram realizadas de acordo com a seguinte seleção de pessoas (critérios de inclusão):

- Mulheres cisgênero e transgênero soropositivas, atendidas no ambulatório do DIP Adulto;
- Mulheres soropositivas das enfermarias do DIP/Adulto e/ou que tenham filhos ou parceiros em tratamento no HUOC, desde que: estejam sozinhas na enfermaria, sem a presença de nenhuma outra pessoa no local. No caso de estar acompanhada e/ou com a presença de outros pacientes na mesma enfermaria, a entrevistada foi convidada a se deslocar para uma sala, na própria enfermaria, em caso de concordância. É importante enfatizar que antes de iniciar as entrevistas, foi verificado se a sala estava disponível para o uso. Também é importante destacar a importância dessas pessoas serem entrevistadas, considerando o afastamento do seu espaço familiar, do trabalho doméstico e de cuidado;
- Maiores de 18 anos;
- Conscientes e orientadas (conforme avaliação médica);
- Cadastradas ou não no hospital para recebimento de medicações (antirretrovirais);
- Mulheres que aceitaram participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Anexo 01 – após devida orientação e esclarecimentos sobre a pesquisa.

Não foram entrevistadas mulheres a partir dos seguintes critérios de exclusão: pacientes que no momento do convite para realização da entrevista estivessem

debilitadas fisicamente e/ou emocionalmente e que não aceitassem participar da pesquisa.

Após a realização das entrevistas, os dados coletados foram organizados e digitados em microcomputador. A análise qualitativa das entrevistas foi organizada da seguinte forma:

- Pré-análise — foi realizada, de forma repetitiva, a leitura das entrevistas, do diário de campo com as observações da pesquisadora e da fundamentação teórica, sendo destacado, conforme os objetivos e questões do estudo, os trechos e as categorias mais significativas, conforme recomenda Gomes (2001). No intuito de agrupar os elementos mais citados pelas mulheres e que apresentaram maior impacto em suas falas, foram destacados os seguintes temas: violência, trabalho doméstico e de cuidado, descoberta do diagnóstico, acesso aos serviços de saúde, tratamento.
- Análise do material coletado — a partir dos temas mais citados durante as entrevistas e com o intuito de ultrapassar a mera descrição no texto dos relatos trazidos pelas mulheres, a análise do material foi exaustivamente debatida com os orientadores, com o intuito desvelar a aparência, sendo constantemente revisitada a literatura sobre o assunto, respondendo às questões da pesquisa com base em seus objetivos. Possibilitou-se, como defende Minayo (2001), promover relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática. É importante destacar que os resultados deste estudo “constituem aproximação da realidade social, que não pode ser reduzida a nenhum dado de pesquisa” (GOMES, 2001, p. 77).

As entrevistadas foram devidamente orientadas e esclarecidas sobre a pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). É importante enfatizar que os nomes das entrevistadas não serão divulgados, sendo identificadas na dissertação de forma numerada, considerando que as mulheres entrevistadas fazem parte de banco de dados do Sistema Único de Saúde, podendo ser facilmente identificadas por profissionais de saúde.

A pesquisa está em conformidade com a **Resolução n.º 510, de 07 de Abril de 2016** (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016), que dispõe sobre as normas aplicáveis à pesquisa em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvam a

utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Na ocasião, as entrevistadas foram esclarecidas sobre os seus direitos, conforme artigo 9º da referida resolução: I – ser informado sobre a pesquisa; II – desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo; III – ter sua privacidade respeitada; IV – ter garantida a confidencialidade das informações pessoais; V – decidir se sua identidade será divulgada e quais são, dentre as informações que forneceu, as que podem ser tratadas de forma pública; VI – ser indenizado pelo dano decorrente da pesquisa, nos termos da Lei; e VII – o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa.

As entrevistas em profundidade foram realizadas no período de 01 a 31 de maio de 2020, com linguagem acessível e duração média de 30 a 60 minutos. Esclarecemos que as falas de algumas das entrevistas foram gravadas, com a devida autorização das pacientes. Os materiais utilizados na coleta de dados foram armazenados, processados em microcomputador (particular) e apresentados através de procedimentos qualitativos, através de citações de trechos das falas, sem identificação das mulheres entrevistadas. Os resultados poderão ser divulgados em revistas científicas, congressos e seminários, resguardado o sigilo das entrevistadas.

- **RISCOS diretos:** os riscos eram mínimos, podendo ter ocorrido algum desconforto e/ou constrangimento durante a realização da entrevista, que foi realizada em espaço protegido, de forma individual para garantir o sigilo. Esses riscos foram minimizados com esclarecimento das perguntas, sendo possível a interrupção das entrevistas e/ou encerramento sem nenhum prejuízo para a participante. Caso tivesse sentido algo dentro desses padrões, foi orientada a comunicar à pesquisadora para que fossem tomadas as devidas providências. Em caso de persistência da queixa, a entrevistada poderia ter sido encaminhada para o serviço de psicologia até essas questões serem resolvidas.
- **BENEFÍCIOS diretos e indiretos para os voluntários:** as informações colhidas na pesquisa contribuíram com a literatura sobre o tema, possibilitando a reflexão da entrevistada e das demais mulheres sobre a condição feminina na sociedade. Além disso, contribuirá com possíveis políticas institucionais e públicas que possam a vir a melhorar a qualidade de vida e de atendimento.

A pesquisa está em consonância com o Código de Ética do Serviço Social de 1993, assim como o eixo dos Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010), que trata sobre o fortalecimento da gestão democrática e participativa em favor dos (as) usuários (as) trabalhadores (as) da saúde na garantia dos direitos sociais.

Conforme recomenda o Código de Ética profissional do Serviço Social (CFESS, 2012), após a conclusão da dissertação, divulgaremos os resultados da pesquisa através de artigos e reuniões com os gestores e equipe multidisciplinar para propor e/ou construir políticas institucionais que possam melhorar o serviço de atendimento aos (às) pacientes.

Também é possível contribuir para a construção de políticas públicas que sejam direcionadas à garantia dos direitos sociais previstos em lei, assim como a discussão e desmistificação de propostas naturalizantes, conservadoras, machistas e familistas de serem apenas as mulheres responsáveis pelos cuidados familiares ou sofrerem sistematicamente com a sorofobia.

4.2 Percepções e reflexões sobre o trabalho doméstico não remunerado, autocuidado e direitos sociais das mulheres que vivem com HIV/AIDS.

O medo, o estigma e o receio perpassam o cotidiano das mulheres soropositivas. No ambulatório e enfermarias do DIP/Adulto/HUOC, é possível observar os olhares de desconfiança e o quase sussurro inicial entre as pacientes e a pesquisadora. Havia o cuidado em não citar o nome da doença, do diagnóstico que mudou a vida dessas mulheres. Comumente apresentava o título da pesquisa em uma folha de papel, fazendo uma breve leitura, entretanto sem ler em voz alta a palavra “soropositiva”, apenas apontava para a folha. Durante a realização das entrevistas, a maior parte das mulheres agradecia o cuidado em não falar o diagnóstico.

O impacto desse medo e/ou desconfiança é percebido pelo fato de que das nove entrevistas realizadas, cinco foram gravadas, sendo uma das gravações interrompida a pedido da participante, solicitando que continuássemos a escrever, apenas. Todas as outras entrevistas foram feitas manualmente. A justificativa foi para ficar mais à vontade para responder às perguntas sem que fossem gravadas, não sendo necessário “medir as palavras”, como disse a entrevistada 6E, de 35 anos. Outras mulheres, que

não aceitaram participar da pesquisa, colocaram não se sentirem à vontade para falar sobre o diagnóstico ou pelo fato de estarem apressadas para as consultas e/ou com filhos pequenos.

Também foi possível identificar que as mulheres com diagnóstico recente, em sua maioria, não aceitaram participar da pesquisa. Observou-se que esta situação, possivelmente, está relacionada ao processo de aceitação do diagnóstico de uma doença, ainda marcada pelo peso do estigma e alimentado pelo imaginário coletivo majoritariamente sorofóbico, vista como uma sentença de morte e uma patologia com grande estigma social. Além dessas questões, para as mulheres outros efeitos negativos são percebidos, como: a subtração de um planejamento da vida afetiva, da possibilidade de ter filhos, construir uma família, se assim quiser, exercer sua sexualidade de forma livre. Sobre isso, Tânia Souza (2008, p. 25) alerta que:

[...] em casos de doenças crônicas como a AIDS, cercada de preconceitos, considerada ainda por muitos como sentença de morte, as perdas podem ganhar grandes proporções, atingir as várias esferas que constituem a vida de um indivíduo e comprometer sua vida pessoal, afetiva, social, espiritual e profissional. O sofrimento gera uma sensação de ameaça para a autoestima e a vida, levando o indivíduo a perder sua capacidade de lutar para enfrentar os problemas causados pela AIDS.

A descoberta do diagnóstico foi relatada na pesquisa como um momento bastante difícil e visto como o fim da vida e dos planos. A escolha da entrevista em profundidade e a utilização de procedimentos qualitativos possibilitou a análise sobre a exploração e a apropriação do tempo das mulheres soropositivas no trabalho de cuidado, “ênfatizando o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações”, conforme Minayo (2001, p. 21).

4.2.1 Conhecendo as protagonistas do estudo: cidadãs soropositivas atendidas pelo HUOC.

Este item objetiva levantar o perfil das mulheres soropositivas do HUOC/UPE e é dedicado à trajetória das mulheres entrevistadas para esta pesquisa, dando visibilidade às suas histórias de vida. Optou-se em apresentá-las aos leitores, neste momento, de forma breve com as informações iniciais e as mais destacadas pelas mulheres. Muitas delas identificaram o momento da pesquisa como aquele espaço pelo qual puderam expressar seus pensamentos, vivências e questionamentos. Na ocasião, apesar do direcionamento da entrevista em profundidade, possibilitou-se que as mulheres

participantes da pesquisa expressassem os pontos que considerassem mais relevantes, concluindo os itens e encerrando os assuntos à medida que se sentissem satisfeitas.

Inicialmente será apresentado um quadro com os dados iniciais das mulheres que participaram das entrevistas para facilitar a leitura, como segue:

Tabela 1 – Dados das mulheres entrevistadas no HUOC/UPE-2020.

	Idade	Estado Civil	Município	Raça/cor	Profissão	Escolaridade	Renda /Benefício	Dona de casa
1E	27 anos	Casada	Recife	Parda	Auxiliar de Cozinha	Superior Incompleto	Auxílio-doença	Sim
2E	38 anos	Vive maritalmente	Caruaru	Branca	Cabeleireira	Ensino Médio completo	Sem renda	Sim
3E	40 anos	Solteira	Recife	Parda	Cuidadora de Idosos	4ª série do ensino fundamental	Sem renda	Sim
4E	43 anos	Casada	Recife	Negra	Técnica de Enfermagem	Ensino Médio completo	BPC	Não
5E	42 anos	Casada	Olinda	Parda	Assistente Social	Superior Completo	Trabalho Formal	Sim
6E	35 anos	Separada	Jaboatão dos Guararapes	Parda	Não tem	Ensino Médio	BPC	Sim
7E	42 anos	Separada	Recife	Negra	Operadora de Call center	Ensino Médio completo	Desempregada	Não
8E	37 anos	Solteira	Paulista	Amarela	Não tem	5ª série do ensino	Bolsa Família	Sim
9E	52 anos	Solteira	Recife	Negra	Já trabalhou com várias atividades	1ª série do ensino fundamental	BPC	Sim

As mulheres que participaram da pesquisa, como demonstra na tabela acima, têm idades entre 27 e 52 anos, em sua maioria se identificam como pardas ou negras, tendo apenas duas delas se autodeclarado branca e amarela.

Nesse item, pode-se observar dificuldade para reconhecer sua raça/cor, utilizando das seguintes justificativas: “tenho descendência negra, então sou negra” (4E, 43 anos) ou “as pessoas costumam falar que sou...”, ao se referir a sua raça/cor. Tal questão faz parte de um processo historicamente construído como parte da negação da matriz negra na constituição racial do povo brasileiro. Conforme Ianni (2004, p. 09) em entrevista à Revista Estudos Avançados, coloca que foi sustentada a “hipótese de que o

Brasil seria ou era uma democracia racial foi adotada com muito entusiasmo, e a proposta era apresentar dados substantivos que comprovassem essa tese”. Ainda continua:

Aliás, vários estudos feitos por norte-americanos e por alguns brasileiros seguiam na mesma direção. Ou seja, de que no Brasil havia preconceito de classe e de que o preconceito racial era apenas um ingrediente do preconceito de classe, tese decorrente de análises oriundas das obras de Gilberto Freyre. E que, inclusive, tem uma raiz no trabalho que Donald Pierson realizou na Bahia (IANNI, 2004, p. 09).

Ainda para o autor, é preciso “reconhecer que um mergulho na história social do Brasil mostra que durante a escravidão formou-se uma poderosa cultura racista” (ibidem, p. 11). De acordo com Ianni (2004, p. 55), “sobre a democracia racial temos que observar que esse mito não está só no pensamento brasileiro. Ele está ao lado de outros emblemas e mitos que são constitutivos da ideologia dominante no Brasil”. Ainda para ele, o mito da democracia racial antes de “ser político e social acaba servindo aos interesses das elites dominantes” (Ibidem, p. 38). Talvez, pela construção sociopolítica brasileira, seja possível verificar certa dificuldade no estabelecimento da identidade no que refere à raça/cor:

A reflexão sobre a construção da identidade negra não pode prescindir da discussão sobre a identidade enquanto processo mais amplo, mais complexo. Esse processo possui dimensões pessoais e sociais que não podem ser separadas, pois estão interligadas e se constroem na vida social (GOMES, 2012, p. 42).

A importância dessa discussão traz à tona a necessidade de dar visibilidade ao tema historicamente negado, atribuindo à população brasileira a passividade e o branqueamento, sendo muitas vezes as características da população negra e parda vistas como algo inferior. Gomes (2012, p. 43) identifica que a “identidade negra é entendida, como uma construção social, histórica, cultural e plural”. Ainda para ela, em pesquisas as perguntas sobre a raça/cor ainda causam diversas reações sejam positivas, alguns ficam desconcertados ou não sabem como responder (GOMES, 2012). Possivelmente isso se relaciona com a negação da existência do racismo e de como a população negra sofre as diversas consequências das desigualdades sociais e de diversos tipos de violências, assim como as mulheres negras sofrem um impacto mais elevado em relação ao acesso as diversas políticas públicas, como afirma Gomes (2012, p. 46):

A sociedade brasileira sempre negou insistentemente a existência do racismo e do preconceito racial, mas, no entanto as pesquisas atestam que, no cotidiano, nas relações de gênero, no mercado de trabalho, na educação básica e na universidade os negros ainda são discriminados e vivem uma

situação de profunda desigualdade racial quando comparados com outros segmentos étnico-raciais do país.

No que se refere aos casos de AIDS no período entre 2008-2018, em relação à distribuição dos indivíduos pelo quesito raça/cor, observou-se queda de 20% na proporção de casos entre pessoas brancas. No mesmo período, a redução foi de 1% para as pessoas negras, de acordo com o Boletim Epidemiológico sobre HIV/AIDS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Esse dado é relevante para evidenciar como as populações negra e parda estão tendo dificuldade no acesso à informação, por meio da educação em saúde, da prevenção, no acesso aos serviços de saúde e a novas tecnologias para combate ao HIV/AIDS. No que concerne às mulheres, há uma importante vulnerabilidade, os dados demonstram que desde 2009 os casos de AIDS são mais prevalentes em mulheres negras (pretas e pardas), enquanto entre homens isso ocorre desde 2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Os dados citados mostram também maior incidência de violências entre as mulheres pardas e negras, assim como acesso maior ao mercado de trabalho informal. De acordo com Gomes (2019, s/p) “o racismo é um fenômeno perverso que autoriza as práticas de violência sobre os corpos negros e os escolhe como suas vítimas preferenciais”. Silvio Almeida (2019, p. 15) traz uma importante discussão em seu livro intitulado *Racismo Estrutural*, que tem como tese central:

[...]de que *o racismo é sempre estrutural*, ou seja, de que ele é um elemento que integra a organização econômica e política da sociedade. Em suma, o que queremos explicitar é que o racismo é a manifestação normal de uma sociedade, e não um fenômeno patológico ou que expressa algum tipo de anormalidade. O racismo fornece o sentido, a lógica e a tecnologia para a reprodução das formas de desigualdade e violência que moldam a vida social contemporânea.

Nesse sentido o autor traz como reflexão que as violências e discriminações ocorridas nas “instituições são apenas a materialização de uma estrutura social ou de um modo de socialização que tem o racismo como um de seus componentes orgânicos. Dito de modo mais direto: as instituições são racistas porque a sociedade é racista” (ALMEIDA, 2019, p. 31). Ainda acrescenta:

Nesse caso, as relações do cotidiano no interior das instituições vão reproduzir as práticas sociais corriqueiras, dentre as quais o racismo, na forma de violência explícita ou de microagressões — piadas, silenciamento, isolamento, etc. Enfim, sem nada fazer, toda instituição irá se tornar uma correia de transmissão de privilégios e violências racistas e sexistas. De tal modo que, se o racismo é inerente à ordem social, a única forma de uma instituição combatê-lo é por meio da implementação de práticas antirracistas efetivas. Nesse caso, além de medidas que coibam o racismo individual e

institucionalmente, torna-se imperativo refletir sobre mudanças profundas nas relações sociais, políticas e econômicas. A viabilidade da reprodução sistêmica de práticas racistas está na organização política, econômica e jurídica da sociedade (ibidem, p. 32).

Diante dessas questões, identificamos que, entre as entrevistadas da pesquisa, um dos temas mais evidenciados foram os diversos tipos de violência perpetradas contra elas, incluindo a institucional. Diante dessas reflexões, é possível analisar que essas questões interferem no processo saúde e doença, que de acordo com Soares (2011, p. 92) “constituem um processo sociohistórico que deve ser pensado e enfrentado no âmbito das relações sociais e de forma alguma deve ser apartado dessas relações”. Ainda reflete:

[...] os determinantes sociais ultrapassam a política de saúde e que, por isso mesmo, uma política de promoção à saúde só pode se minimamente estruturada por meio de políticas sociais amplas e universais de saneamento básico, habitação, educação, previdência social, trabalho etc. que, por sua vez não são coerentes com as tendências atuais de minimização (SOARES, 2011, p. 92).

Em relação à escolaridade há uma expressiva heterogeneidade, três delas têm ensino fundamental incompleto, quatro possuem ensino médio completo, uma cursando o ensino superior e a última com a formação superior completa, cursando atualmente a pós-graduação lato sensu, o que evidencia a pluralidade da soropositividade entre mulheres. No geral, no que se refere à escolaridade, a maioria não teve acesso ao ensino superior e à possibilidade de acessar ao mercado de trabalho formal. Os dados demonstram que há diferenças nas proporções de casos segundo sexo entre os níveis de escolaridade, como descrito abaixo:

[...] os homens com AIDS apresentaram grau de instrução mais elevado do que as mulheres. Em 2018, a proporção de casos entre homens analfabetos foi de 1,7%, enquanto entre as mulheres foi de 2,8%. No mesmo ano, a proporção de homens que tinham pelo menos o ensino médio completo foi de 38,3%, enquanto entre as mulheres esse mesmo grupo representou 23,2%. Ressalta-se que a proporção de notificações sem informação de escolaridade permanece elevada (25,1% em 2018) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p. 28).

Identificou-se que a renda mensal das entrevistadas é decorrente, principalmente, do acesso dos benefícios da Política Nacional de Assistência Social, especificamente do Benefício de Prestação Continuada (BPC) (3 delas) e do benefício previdenciário, o auxílio-doença (1 entrevistada). Duas delas não têm acesso a renda e a nenhum benefício social, dependendo exclusivamente da renda do companheiro e apenas uma das participantes recebe benefício decorrente do Programa Bolsa Família (PBF). A

única entrevistada que tem acesso ao trabalho formal é aquela com maior escolaridade. Tais achados da pesquisa de campo corroboram com os resultados da pesquisa realizada no HUOC por Soares (2011, p. 95), quando evidenciou que:

[...] a maioria dos usuários em tratamento tinha trajetória histórica de inserção precarizada no mercado de trabalho e que, por conseguinte, a proteção social a que tinham acesso reproduzia a precariedade de sua relação com o trabalho, seja via benefícios previdenciários básicos, no valor de um salário mínimo, seja via Benefício de Prestação Continuada, com critérios extremamente seletivos.

Essa maior vulnerabilidade entre as mulheres “expõe as condições de inserção da mulher nessa sociedade, especialmente se relacionarmos a classe social e seus segmentos mais pauperizados”, de acordo Soares (ibidem, p. 95).

Também é possível deduzir que essas mulheres, que sofrem maior impacto pela falta de acesso às políticas sociais, ao emprego e à renda, de forma digna, em termos de Rocha (2011), têm rosto e cor: são negras e pardas. Em diversas estatísticas, os dados demonstram que suas vidas são ceifadas paulatinamente, seja em relação aos números de óbitos por AIDS, conforme dados do Boletim Epidemiológico HIV/AIDS (BRASIL, 2019), mesmo em comparação aos homens negros, o número é maior entre as mulheres, seja em relação aos casos de violência no Brasil. Além dessa questão, no que se refere à desproteção social, Soares (ibidem, p. 93) afirma que

[...] se hoje uma das grandes tendências da epidemia é a pauperização, isto é, seu crescimento entre os segmentos mais pobres da sociedade, pode-se afirmar também que esse segmento mais atingido está desprotegido do ponto de vista previdenciário. Em geral essa desproteção advém do fato de muitos desses usuários não terem um trabalho formal ou mesmo encontrarem-se desempregados.

Em relação aos cuidados e realização dos afazeres domésticos, entre a maioria das entrevistadas, citaram suas mães como aquela pessoa que dá o maior suporte a essas atividades e aos cuidados dos netos e da própria paciente, sendo figura central no trabalho doméstico e de cuidado não remunerado. Isso inclui o apoio emocional, principalmente no período de descoberta do diagnóstico, como será tratado no item posterior. Geralmente, as mães das pacientes são mulheres idosas que passaram a vida dedicando seu tempo de trabalho doméstico e de cuidado à família, que muitas vezes é considerado um tipo de trabalho invisível e pouco valorizado, porém bastante útil e explorado.

Verificou-se também que algumas mães das participantes contribuem financeiramente para o sustento dessa família. Em relação aos outros membros das

famílias, observa-se maior distanciamento e diminuição do contato social devido ao medo do estigma e da possibilidade do seu diagnóstico ser revelado.

Ainda no intuito de conhecer a vida das mulheres participantes da pesquisa, por meio de aproximações de seu cotidiano, serão abordadas algumas narrativas e dificuldades que essas mulheres que vivem com HIV/AIDS enfrentam diariamente em seus percursos de provisão e recebimento de cuidados.

A primeira delas foi 1E, de 27 anos, que mora com o marido e a filha de 10 anos em uma casa alugada. Durante a entrevista relata que sua casa, no morro, está interdita, porém revela que ainda não recebe auxílio-moradia da Prefeitura da Cidade do Recife, como afirma: “Moro em casa alugada, pago R\$250,00 porque falei com o dono da casa, que conheço. Minha casa está interdita, na escadaria. Não recebo ainda o auxílio-moradia, o Governo não liberou ainda. Agora moro embaixo”, diz 1E ao se referir à parte de baixo da escadaria. Tem como profissão auxiliar de cozinha, mas atualmente é estudante do curso de graduação em enfermagem numa faculdade particular. Trabalhou de carteira assinada durante 04 (quatro) anos em duas empresas. Adoeceu pelo diagnóstico de Lúpus, conforme informa, e encontra-se nesse momento em auxílio-doença por tempo indeterminado. A renda da família é proveniente do seu benefício previdenciário e do trabalho de seu marido como autônomo, em sua oficina, onde conserta máquinas de lavar, entre outros eletrodomésticos e eletroeletrônicos. Informa não ter acesso a nenhum Programa Social.

Quando perguntada sobre o seu relacionamento com a família, diz que apenas sua mãe tem conhecimento sobre seu diagnóstico e ser ela apenas quem a “ajuda”. Na entrevista também perguntamos se é dona de casa e na ocasião se reconhece como tal. A referida usuária dos serviços do HUOC demonstrava organizar metodicamente as atividades domésticas, familiares e os estudos, enfatizou bastante a necessidade de “sempre organizar e planejar”, por isso conseguia dar conta de todas as suas atividades. A participante relata sua jornada de trabalho doméstico e de cuidados, não como um fardo, peso ou obrigação, mas sim como algo natural do seu cotidiano, uma atividade específica dela, por ser mulher. Durante a entrevista o seu semblante permaneceu sempre sério, enfático e firme sobre seus direitos a ter um atendimento adequado, de qualidade e com a garantia do sigilo pelos profissionais sobre seu diagnóstico.

A segunda entrevista foi realizada, após alguns contatos de aproximação com a usuária, durante os atendimentos do Serviço Social do Hospital, para estabelecer vínculo com a paciente na enfermaria. Na ocasião encontrava-se sozinha, sem outros pacientes e acompanhantes na enfermaria e estava bastante reticente para a realização do tratamento no hospital. A 2E, de 38 anos, residente em Caruaru – PE, chegou à unidade hospitalar com certa desconfiança, já em abandono de tratamento, por “não acreditar no protocolo” (sic) dos antirretrovirais. Também relata ter passado por diversas situações de violação de direitos, em prol “desse protocolo” estabelecido pelos pesquisadores e estudiosos da área. Em sua fala, sempre destaca “não ser ouvida” e que há uma repetição sistemática da necessidade de se tomar a medicação, com cunho culpabilizador, moralizante e de medo, como revela:

A medicação não deixa você imune. Quando iniciei a medicação, acreditava nela. Depois descobri que causa muitos danos. Os médicos dizem que é importante tomar medicação, que faz bem. Bom pra quem, cara pálida? Eu acredito que a medicação traz várias doenças. As indústrias de medicamentos ganham muito dinheiro, devido às patentes. Depois de um tempo meu marido alertou que não precisava tomar a medicação. Comecei a assistir vídeos, a ler na internet (2E, 38 anos, branca).

Em relação a esta questão, a usuária afirma ter conhecimento sobre o tratamento e esclareceu acreditar em um tratamento mais natural, feito com alimentação adequada, negando a efetividade dos antirretrovirais. É importante esclarecer, que a referida entrevistada, refere participar de uma religião, apesar de não querer citar qual, mas que indica certa influência no direcionamento para a negação do tratamento. O discurso negacionista/irracionalista ou de desconfiança em relação à medicação é amplamente conhecido em outras latitudes, como na África do Sul, em que até o Presidente e a Ministra da Saúde defenderam a ineficácia dos antirretrovirais e se posicionaram a favor de tratamentos baseados na medicina tradicional. Conforme Souza (2008), tanto o HIV como a AIDS devem ser considerados em sua complexidade, assim como o enfoque assistencial à pessoa com HIV/AIDS deve ser interdisciplinar, pois a trajetória da doença impõe situações complicadas, ameaçadoras e de difícil manejo, que podem implicar, entre outras coisas, na dificuldade de aderir e dar continuidade ao tratamento.

Em relação à profissão, a participante é cabeleireira e também se identifica como dona de casa. Já trabalhou formalmente de carteira assinada, assim como já foi contribuinte individual pelo INSS. Apesar disso, relata não ter conseguido acessar o auxílio-maternidade, quando teve sua filha, em 2019. Questiona:

[...] quando precisei, solicitei o auxílio-maternidade, mas mudou a medida provisória e não consegui o auxílio-maternidade. Dei entrada no Benefício de Prestação Continuada (BPC) para ver se consigo. Essa dificuldade ocorreu porque houve muita roubo no INSS, com rombo na previdência, tendo que ter mudanças. Tanta gente roubando e eu não recebo o BPC (2E, 38 anos, branca).

A entrevistada relatou não estar inserida em programas sociais, sendo a principal fonte de renda da família proveniente do seu companheiro, mas planeja voltar a fazer suas atividades profissionais depois que melhorar sua condição de saúde. Destaca que reside em casa alugada, pagando o valor de R\$700,00 (setecentos reais) mensais, onde reside apenas com sua filha, pois “o pai dela (da criança) viaja muito” (sic). No que se refere ao relacionamento com os outros membros da família, com muitas ponderações, informa que seus pais são separados, sendo o pai já casado com outra pessoa, tendo outra família e que todos são evangélicos. Em relação à sua mãe, que reside com outros filhos, demonstra ter alguns conflitos e vínculo fragilizado, pois afirma que ela “mais atrapalha” (sic). Sobre sua sorologia, afirma que seus pais têm conhecimento da sua soropositividade.

A entrevistada no ambulatório do DIP/Adulto, gestante de gêmeos, com 06 meses aproximadamente de gestação, a 3E, de 40 anos, entra pela primeira vez naquele ambulatório. Diagnóstico recente, ainda em processo de aceitação, questionou várias vezes a metodologia de coleta dos exames para detecção da sorologia, assim como seu resultado. Em relação ao seu estado civil informa ser solteira, mas viver maritalmente com o companheiro há cerca de 1 ano. Anteriormente foi contratada de forma precarizada, como cuidadora de idosos, sem registro na Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) ou qualquer maneira de contrato formal, como afirma:

[...] agora estou desempregada. Estava trabalhando como cuidadora de 2 idosos, recebia 1 salário mínimo. O filho dos idosos ficou de assinar minha carteira, mas depois de 8 meses me demitiu (em setembro de 2019), depois que descobriu que eu estava grávida. Meu marido falou com uma advogada para resolver minha licença maternidade (3E, 40 anos).

Atualmente está sem cobertura previdenciária, dificultando acesso aos benefícios e à proteção social. A entrevistada afirma que não está inserida no Programa Bolsa Família, por ter sido “bloqueada, quando meu filho completou 18 anos. Já dei entrada, mas ainda não tive resposta”, afirma 3E. Em relação às suas condições de moradia, informa residir com o companheiro em casa própria, após seu marido ter feito uma venda de duas casas, tendo como contrapartida o recebimento deste imóvel. Tem dois

filhos de 24 e 22 anos, que moram em suas próprias casas. A renda da família é proveniente apenas do trabalho como autônomo de seu companheiro, como pintor.

No que se refere ao relacionamento dos familiares, relata se relacionar bem, porém no decorrer da entrevista diz não ter muita aproximação com sua filha mais nova (22 anos), pois não realizou seus cuidados durante a sua vida. Durante a entrevista, seu companheiro fez uma interrupção entrando na sala e enquanto a usuária estava em atendimento no consultório, ele, que estava na sala de espera, diz ser sorodiscordante⁶³ e acrescenta que “ela teve outros parceiros, comigo só está há um ano” (sic). Infelizmente o diagnóstico ainda traz um peso do estigma, do preconceito e da falta de conhecimento sobre o assunto, assim como o medo demonstrado na face daquele homem e a fase de negação da paciente.

Por sua vez, 4E, 43 anos de idade, negra, mulher trans, casada há 12 anos (união estável), “com o mesmo homem”, como fazia questão de ressaltar. O seu marido trabalha em Fernando de Noronha/PE, vem a cada 15 dias ao Recife, local onde ela mora. A 4E tem o ensino médio completo e é Técnica de Enfermagem, porém não exerce a profissão, pois o marido a fez “parar” (sic). Já trabalhou de carteira assinada, porém hoje recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Não está mais inserida no Programa Bolsa Família, após passar a receber o BPC. Não se identifica como dona de casa, como afirma: “não sou muito dona de casa. Eu não sei fazer muita coisa. Comida não sei. Sei fazer as outras coisas. Cuido dos meus cachorros, meus filhos”, diz 4E. No que se refere ao relacionamento familiar, revela ser excelente “tanto a família da minha mãe como a do meu pai, que já é falecido, há 14 anos. Minha família sabe do que eu tenho, desde o primeiro momento” (sic). A usuária 4E é acompanhada no serviço desde 2007 e já participou de várias pesquisas, conforme relata, sendo uma das mulheres que permitiu a gravação da fala. Porém, ao tratar sobre o fato de ter sido profissional do sexo, não aprofunda a discussão sobre esse momento de sua vida, assim como as questões sobre violência, dizendo que “o que já passou, passou. Não gosto de lembrar coisas tristes” (sic). Em relação a esta questão, o relatório que trata sobre o Índice de Estigma em Relação às Pessoas Vivendo com HIV (2019) identificou que

⁶³ As relações heterossexuais ou homossexuais em que um dos parceiros vive com HIV/Aids e o outro não, têm sido chamadas de várias maneiras: sorodiscordância; sorodivergência; sorodiferença ou parcerias com sorologias distintas são alguns exemplos. Disponível em: < www.abiaids.org.br>. Acesso em: 10 jul. 2020.

90% das pessoas trans/travestis já sofreu ao menos uma discriminação, por parte de familiares e/ou nos serviços de saúde. No ano de 2019, foi divulgado o Dossiê: assassinatos e violência contra travestis e transexuais brasileiras, onde revela que os “números se mantêm acima da média, que assegura ao Brasil o 1º lugar no ranking dos assassinatos durante últimos 10 anos” (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2019, p. 08). O Dossiê alerta que há subnotificação, nesse caso os dados ainda podem ser maiores. As autoras ainda acrescentam:

O estigma e a discriminação contra pessoas trans são reais e profundos em todo o mundo e fazem parte de um círculo estrutural e contínuo de opressão que nos mantém afastados de nossos direitos básicos. Pessoas trans, em todas as partes do mundo, são vítimas de uma terrível violência de ódio, incluindo humilhações, agressões físicas e sexuais e assassinatos. Na maioria dos países, os dados sobre a violência contra pessoas trans não são produzidos sistematicamente pelos Estados e é impossível estimar o número exato de casos (ibidem, p. 57).

No cotidiano, a população trans está constantemente sob o risco de sofrer diversos tipos de violências e em situação de vulnerabilidade social. Os dados do Dossiê (2019) são alarmantes, tendo “maiores chances de uma pessoa trans ser assassinada são entre 15 e 45 anos. O Mapa dos Assassinatos 2019 aponta que 59,2% das vítimas tinham entre 15 e 29 anos” (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2019, p. 30). Pressupõe-se que devido à constante rotina de violências sofridas, a entrevistada 4E, 43 anos, negra, tenha dificuldade em relatar as vivências e seu enfrentamento em relação ao estigma, às violências e às discriminações no seu cotidiano.

Em seguida, no ambulatório, entrevistamos 5E, 42 anos, parda, casada, assistente social, pós-graduada. Trabalha com CPTS assinada há 25 anos, desses, 15 são dedicados à realização de seu trabalho em uma unidade hospitalar filantrópica, conveniada ao SUS. Reside em casa própria, com seu filho de 18 anos de idade, do primeiro casamento e seu atual marido. A renda familiar é proveniente de seu trabalho e das atividades profissionais de seu esposo. Quando perguntada sobre o relacionamento com a família, relata que:

(suspiro) Renata, assim, vivo no convívio com minha família, marido e filho. Tenho contato com minha família, irmãos, meus sobrinhos, tias, a gente se fala, mas não tenho mais o contato de antigamente. A gente tem esse grau de distância. Vai se distanciando da vida anterior, então assim, para ter o convívio mesmo, principalmente hoje em dia mais muito não. Por quê? Teve o falecimento dos nossos pais, que agregava e que hoje dissipa totalmente a família. O pilaste da família quando cai... Minha avó faleceu o ano passado, então assim, foi outro afastamento também, das minhas primas. Cada um vive praticamente sua vida, né? Então assim, eu tenho uma vida muito

corrida. Trabalho no Hospital, então eu trabalho de 7 da manhã às 16 da tarde, às vezes eu estendo até as 18h00, quando eu saio do hospital coragem nenhuma, para casa! Quando eu chego em casa, tomar banho e dormir. Aos sábados, que são os dias que eu estudo, duas vezes ao mês, pronto! Às vezes, convivo socialmente, às vezes vou a casa dos meus irmãos, que é muito longe, aí já desisto (5E, 42 anos, parda).

No decorrer da entrevista revela também que esse distanciamento deve-se ao medo que algum membro da família descubra sua sorologia e por conseguinte sofrer algum tipo de preconceito. A única participante com educação de nível superior estava à vontade durante a entrevista, permitiu a gravação e o que mais destacou em sua fala foram as situações de violências perpetradas, principalmente na ocasião da descoberta do diagnóstico. Esse dado é compatível com a pesquisa realizada por Jorge Beloqui (2019), intitulada “Brasil: violência e discriminação em pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA). Perspectivas dos membros da RNP+”. Conforme o autor, “o estigma e a discriminação relacionados ao HIV e à AIDS estão presentes no cotidiano das PVHA e afetam também às pessoas que integram os grupos populacionais mais vulneráveis à epidemia” (BELOQUI, 2019, p. 20). Ainda sobre esta questão, acrescenta:

O estigma da AIDS afeta, portanto, não somente as PVHA e as pessoas no seu entorno, mas também aquelas percebidas como possivelmente infectadas ou infecciosas – por sua aparência, conduta e identidade social – afetando, assim, também as pessoas provenientes dos grupos tidos como vulneráveis à infecção pelo HIV. Dessa forma, o estigma da AIDS resulta na rotulagem das PVHA como perigosas, não apenas pelo caráter transmissível da doença, mas também porque a doença é associada a condutas e identidades sexuais moralmente condenadas anteriormente (ibidem, p. 26).

Na referida pesquisa também aponta os diversos tipos de violências sofridas pelas pessoas que vivem com HIV/AIDS, que são do tipo familiar, institucional, física e psicológica. Além disso, identificou-se que um dos motivos para terem sido discriminados foi o fato de serem soropositivos, em especial nos ambientes privados (BELOQUI, 2019). Tais dados são alarmantes e indicam ainda um expressivo estigma em relação à população que vive com HIV/AIDS, podendo interferir no processo de autocuidado.

Durante o período de entrevistas realizadas no ambulatório, conheci 6E, de 35 anos idade, residente em Jaboatão dos Guararapes/PE, tem o ensino médio completo, afirma que nunca trabalhou e que “só trabalho em casa mesmo, cuidando da minha filha” de 1 ano e 6 meses. Reside atualmente com a família, mãe, padrasto, irmã e sobrinho. No momento afirma ter se separado do ex-marido, que já vive com outra pessoa, há algum tempo, conforme relato de 6E. A entrevistada recebe BPC devido às

questões de saúde mental (relata sofrer de depressão) e de sua soropositividade. Não está inserida em outros programas sociais. Sobre o relacionamento com a família, afirma que antes morava com a avó, pessoa que a criou, pois ajudava a sua mãe. A avó veio a falecer em 2015, passando a morar com sua mãe e os outros membros da família. Ainda sobre esta questão, diz que:

Assim, a mãe é mais preocupada em relação a relacionamentos, porque eu já sofri, já tive relacionamentos abusivos. Pessoas que eu queria levar a sério, aí não deu certo. Agora eu dei um tempo, porque agora eu estou um pouco... eu não quero me ferir no momento. Foram pessoas que eu me envolvi que, tipo, o genitor da bebê era uma pessoa [...] e eu não sei, né? Não sei se é falta de sorte, não sei o que é. As pessoas me enganam facilmente. Não só isso, minha mãe fica um pouco assim... e diz: escuta, cuidado com as pessoas! Você se envolve, tá entendendo? E eu sempre acreditava nessas pessoas. Algumas pessoas têm preconceito, quando descobre. Abusa da pessoa, aí como eu já tinha depressão, aí isso já mexe com a autoestima. Tem muita gente má no mundo. Então é mais a questão, assim a relacionamento (6E, 35 anos, parda).

A usuária estava muito reflexiva sobre sua vida e ainda marcada pelo sofrimento de um relacionamento abusivo e pela lembrança das muitas violências vividas na instituição de saúde, onde fez o parto de sua filha. Na entrevista direcionou mais a esses temas, desse modo e com o intuito de ouvi-la, entender seus pensamentos e opiniões, demos seguimento a partir do direcionamento dado pela participante do estudo.

A sétima entrevistada 7E, 42 anos, negra, separada, com ensino médio completo, tem um filho, de 9 anos, atualmente desempregada, trabalhava em um *call center* e tem 08 (oito) anos de contribuição ao INSS. Encontra-se em auxílio-desemprego e também recebe pensão alimentícia do seu filho. Reside com sua mãe, de 67 anos de idade e filho em casa própria. A renda da família é proveniente de seu trabalho e do BPC da sua mãe. Segundo a entrevistada, é a mãe quem realiza as atividades domésticas na casa, sendo aquela que “ajuda” a sua genitora (sic). A entrevistada refere que quando está em casa, realiza apenas os cuidados do filho, pois “sempre trabalhou” (sic). Em relação ao relacionamento com outros membros da família, relata que tem três irmãos, porém apenas um deles tem conhecimento sobre seu diagnóstico. Durante a entrevista, relata dificuldade em aderir ao tratamento, tendo alguns períodos de abandono, devido aos efeitos colaterais da medicação. Informa também alguns períodos de internamento no hospital, devido à interrupção do tratamento, como afirma. Durante a entrevista, ressalta a importância de sua mãe para seu suporte emocional e para a realização de suas atividades profissionais.

A usuária 8E, 37 anos idade, amarela, residente no município de Paulista/PE, solteira, tendo cursado até a 5ª série, conforme relato, é dona de casa e ajuda a cuidar da neta, de 1 ano e 7 meses. A paciente está inserida em Programa Social, recebendo mensalmente do Programa Bolsa Família o valor de R\$ 130,00 (cento e trinta reais). Declara residir em casa própria com a mãe, a neta, suas duas filhas e uma irmã. A principal fonte de renda da família é proveniente da pensão da sua mãe, pois seu avô foi ex-combatente de guerra. Durante a entrevista declarou ter parado de fazer uso abusivo de álcool e de outras drogas, desde o período de seu internamento, porém observou-se que a paciente fez vários retornos ao internamento hospitalar e declara não querer fazer o tratamento.

Durante a entrevista, falava apenas o necessário, respostas curtas. Também não permitiu que fosse gravada a sua fala, porém foi possível identificar várias questões em sua entrevista, inclusive da necessidade de realizar cuidados da neta, como forma de obrigação, conforme expressa: “é né, tem que cuidar dela, porque se não...” (sic), ao se referir à criança.

A usuária 9E, 53 anos de idade, negra, estudou até a 1ª série do ensino fundamental, bastante colaborativa durante a entrevista, relata participar da organização filantrópica GESTOS, fundada em 1993, que trabalha atuando na área de direitos humanos e com as pessoas que vivem com HIV/AIDS. A entrevistada informa participar especificamente no grupo intitulado “Cidadãos Posithivas”, que possibilitou o acesso à informação sobre seu diagnóstico e o fortalecimento para ultrapassar as barreiras da discriminação, principalmente, entre os membros da sua família, em especial a mãe, pessoa muito significativa em sua vida, citada em diversos momentos da entrevista.

A usuária reside sozinha, em casa cedida pela família, tem 4 (quatro) filhos, três homens e uma mulher com idades de: 33, 30, 35 anos, porém destaca que um deles foi morto há três anos. Ela se identifica como dona de casa, faz tudo, inclusive, como faz questão de dizer, de consertos em geral a atividades domésticas, pois “não gosta de esperar por ninguém”(sic). O seu sustento é proveniente do BPC, já trabalhou de carteira assinada, mas coloca não ter se adaptado ao rigor do trabalho formal. Não está inserida no Programa Bolsa Família. A entrevistada foi bastante colaborativa e destacou em suas falas vivências de várias violências que passou desde criança até o seu

diagnóstico positivo para HIV. Outra narrativa levantada com muita frequência foi a importância de sua mãe como apoio no período do conhecimento da doença.

Outro ponto bastante significativo trazido pelas entrevistadas foi o momento da descoberta da soropositividade, o diagnóstico, que foi marcado por muitas mudanças e violências praticadas pelos profissionais de saúde das instituições, por familiares e parceiros.

4.2.2 Marcas do estigma e discriminação: a descoberta da soropositividade e os impactos na vida das mulheres.

Em que pese a necessidade do ser humano em planejar sua vida, pensar que se tem o controle da sua trajetória, o impacto de receber um diagnóstico de uma doença, seja ela qual for, pode causar muitos temores, preocupações e incertezas. Ainda mais aquela que é associada a um processo de finitude, marcada pelo estigma e forte preconceito, pode causar muitos danos e sofrimentos a vida das pessoas que descobrem a soropositividade. Esse momento foi citado pelas entrevistadas como uma etapa de sua vida, ou seja, um divisor de águas, sendo o ano e a forma da descoberta sempre narrados com riqueza de detalhes. Para Souza (2008), esses momentos geram crises que trazem sentimentos semelhantes aos da morte real. A autora descreve em sua tese várias fases desse momento conflituoso, que também pode ser considerada uma morte simbólica (SOUZA, 2008). É possível identificar esta questão no relato a seguir:

Minha filha quando soube do diagnóstico, aquele 8º andar (Hospital) da Restauração, se não tivesse grade, eu tinha pulado. Isso foi em 2002. O médico chegou na sala, sentada, assim como estou conversando com você. Ele chegou na sala abriu a porta e disse: olhe, você está com AIDS, você só tem um ano de vida. A pessoa fica atônica. Veio uma filmagem da minha vida todinha, aquela reviravolta, veio meus filhos, veio a minha mãe, um flash! Olhei para os quatro cantos, procurei um canto para me jogar e não encontrei. O jeito foi correr na Restauração, do 8º andar até o 6º, gritando. Eu vi a hora o povo me amarrar! Gritando que eu ia morrer, ia morrer....e que eu não ia morrer assim! A gente via a história de Cazuza na televisão, como foi que ele ficou. Quando o homem chega na minha cara para dizer que eu estou com AIDS, não era nem HIV positivo. AIDS logo a doença! Você está com AIDS e só tem um ano de vida. Esperava o quê? Só sei que uma enfermeira ligou para minha mãe. Minha mãe veio, minha irmã veio, a que trabalhava com médico. A minha irmã ameaçou de processar ele, só ficou na ameaça, devia ter processado. Eu ia comer dinheiro! O homem tinha quase três metros de altura, cavalo não, se amostrava! Que homem bruto. Aquele ali era cavalo batizado e renovado. Foi muito difícil para mim. Ia ser difícil não, é difícil para qualquer ser humano, você sabe, né? Até hoje você leva a sua vida adiante, mas é difícil (9E, 52 anos, negra).

A entrevistada 9E, 52 anos, descreve esse momento como um dos mais marcantes de sua vida e já indica, despreparo de alguns serviços de saúde em trabalhar com a temática e revelação sobre um diagnóstico marcado por estigmas e mortificações que traz muitas mudanças na vida das pessoas. Além dessa questão, apesar do então cantor, Agenor de Miranda Araújo Neto⁶⁴, mais conhecido por Cazuza, ter falecido em 1990 devido ao HIV/AIDS, descoberto em 1989, ainda faz parte do imaginário coletivo e é citado como estereótipo de pessoa que viveu com HIV/AIDS. De acordo com Monteiro (1999), durante a primeira década da epidemia, o discurso preventivo enfatizou a veiculação de informações básicas das formas de (não) transmissão do vírus HIV, dentro de uma visão fatalista, normativa e discriminatória. Ainda acrescenta:

Informados pela construção do conceito de ‘grupo de risco’, os modelos de prevenção adotados foram centrados numa abordagem epidemiológica e comportamental. Dentre as limitações dessa abordagem, cabe ressaltar a associação da transmissão do HIV com a noção de promiscuidade; a presunção de uma homogeneidade de representações e práticas dos grupos sociais no campo da sexualidade e do uso de drogas; e a falta de ênfase em alternativas de sexo mais seguro, para além do uso da camisinha ou da abstinência (MONTEIRO, 1999, p. 24).

Para Souza (2008), a AIDS é uma doença tão ameaçadora quanto o câncer e faz com que o paciente, em um primeiro momento, também entre em estado de choque e em um período de descrença. A negação do impacto da doença no processo de descoberta também é percebida, assim como a associação a uma vida desregrada e como consequência da falta de prevenção, como afirmam as entrevistadas:

(A vida) não mudou. Vida normal, não fumo, não bebo. Faço minhas atividades normais, cuido da minha filha, vou para a faculdade, vou à noite para a igreja. Quando minha filha vai para escola, vou para a faculdade. Também cuido do meu esposo (1E, 27 anos, parda).

Estou tranquila. Normal. Acredito que não estou. Primeiro fiz em Olinda (tinha um plano popular). Meu marido pagou um plano e a clínica para que me consultasse só tinha em Olinda. Fiz exames e não deu nada. O médico era muito burro. Ele disse na minha cara que não estava gestante, que isso era doença, mas provei ao médico que não era doença. Ele não quis ver minha USG. Depois disso não quis ir mais lá. Prefiro ficar perto de casa, para não gastar passagem. Fiz um teste rápido na cidade e deu positivo. Os outros exames não deram nada. Primeiro furou um dedo e deu negativo e o outro dedo deu positivo. Estou estranhando o resultado. A do meu marido deu negativo e faz 1 ano que estou só com ele (3E, 40 anos, parda).

⁶⁴ Mais informações sobre o artista acessar: < <http://vivacazuza.org.br/historico>>

O processo de culpabilização foi identificado entre as mulheres que vivem com HIV/AIDS como justificativa para a exposição/infecção ao vírus. Monteiro (1999) coloca que no início da epidemia, em 1980, nos Estados Unidos, a AIDS era identificada entre a população gay. Também atribui à postura sensacionalista da imprensa, os discursos médicos e pedagógicos sobre moral e sexualidade, a associação com populações marginalizadas ou vítimas indefesas. Ainda alertam que:

Assim pode-se supor que a estigmatização do HIV/AIDS e seus portadores, num cenário já tão distinto daquele do início da epidemia, é um indicativo da complexidade dos processos que produzem, atualizam e reproduzem estigmas. Pode-se supor que a persistência do estigma associado ao HIV/AIDS — após quase 40 anos de ações e políticas de enfrentamento da epidemia e das mudanças ocorridas — está relacionada não apenas às especificidades da infecção, mas, sobretudo, às características atribuídas aos seus portadores. Embora seja quase impossível dissociar estas duas dimensões (MONTEIRO; VILELA, 2019, p. 09).

Parker (2012), evidencia a necessidade de avanço na luta contra o estigma e a discriminação relacionados à AIDS, mediante a elaboração de um novo quadro conceitual para orientar as ações, com o intuito de implementar atividades destinadas a estimular a mobilização social e a resistência coletiva diante do estigma e discriminação. Nesse sentido, parte do seguinte entendimento:

Partimos do princípio de que o estigma desempenha um papel fundamental na produção e na reprodução das relações de poder e controle; de que o desdobramento do estigma faz com que alguns grupos sejam desvalorizados e outros valorizados de forma inerentemente discriminatórias, e de que a distinção entre pensamento e ação, entre a teoria e a prática, deve ser reconceitualizada como uma forma mais complexa de práxis (PARKER, 2012, p. 29).

Ainda, conforme Parker (2012, p. 30) “o estigma não é fenômeno de livre flutuação social, e o nexos, historicamente determinado, entre as aceções culturais e os sistemas de poder e de dominação é crucial”. Portanto, para ele, o estigma tem sempre uma história que influencia o momento em que aparece e a forma que assume. Em relação ao HIV, Monteiro e Villela (2019) dizem que o estigma é um dos principais obstáculos para o enfrentamento da epidemia. Medo de ser julgado, crença de que um diagnóstico positivo para o HIV agrave uma situação de exclusão já vivenciada e outros temores afastam o indivíduo de práticas preventivas, da testagem e do início oportuno do tratamento. Ainda sobre o estigma, com “frequência aspectos corporais, como expressões de gênero, cor da pele, idade e outros traços físicos ou comportamentais, são tomados como suporte para atribuição do estigma”, como afirmam Monteiro e Villela

(2019, p. 06), sendo reproduzido pelas entrevistadas. Essa questão tem um importante significado para essas mulheres, havendo mudanças no seu comportamento individual, com restrição da liberdade devido a uma determinada doença, como relata a entrevistada:

Antes eu podia fazer algo a mais, beber muito, muita noitada, hoje já não faço mais isso. Antes eu tinha muitos parceiros sexuais, hoje em dia só tenho um parceiro só. Isso mudou completamente (4E, 43 anos, negra).

Mudou o emocional, sofri bastante, já tinha depressão leve por causa de uns problemas de infância. Agravou depois, por não aceitar o diagnóstico. Além disso, minha avó faleceu (6E, 35 anos, parda).

Parker e Aggleton (2001), em seu trabalho intitulado *Estigma, Discriminação e AIDS*⁶⁵, abordam que, apesar do alcance de vitórias, particularmente no desenvolvimento de tratamentos novos e mais eficazes e de terapias, muito menos tem sido obtido na tentativa de superar o impacto do estigma e da discriminação nas vidas dos afetados pela epidemia. Para os autores, é preciso entender como a estigmatização, “desempenha um papel central na produção e na reprodução das relações de poder e de controle em todos os sistemas sociais” (PARKER; AGGLETON, 2001, p.11). Ainda conforme Parker e Aggleton (2001, p. 20), na relação com HIV e AIDS, observam que o estigma está relacionado em muitos países e culturas ao: (1) estigma em relação à sexualidade; (2) estigma em relação ao gênero; (3) estigma em relação à raça ou etnia; e (4) estigma em relação à pobreza ou à marginalização econômica. Enfatiza também a necessidade de superar a análise para além das abordagens culturais e restritas a um “atributo depreciativo”, como se o estigma fosse um tipo de coisa, anteriormente defendido por Goffman, entendido como atributivo negativo e entendido de forma individualizante (PARKER; AGGLETON, 2001). Vale ressaltar que os autores reconhecem o papel importante de Goffman, que deu início ao debate.

Observou-se na pesquisa que a descoberta da soropositividade está relacionada também ao diagnóstico de outras doenças. Soares (2011) alerta que o desconhecimento ou a falta de informações sobre o seu próprio corpo revelam um processo de marginalização desses indivíduos que, para além do acesso à educação formal de

⁶⁵ Para maior aprofundamento sobre o tema ler o trabalho *Estigma, Discriminação e AIDS*, elaborado por Parker e Aggleton (2001). Disponível em: <<http://www.abiAIDS.org.br/img/media/colecao%20cidadania%20direito.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2019.

qualidade, também interfere no acesso à saúde tanto no que se refere à prevenção, quanto aos cuidados, como revelam os depoimentos a seguir:

Foi por uma pneumonia que peguei lá no hospital, trabalhava no bloco cirúrgico, 3 meses depois voltei para o meu trabalho, depois da pneumonia. Eu fiz um teste novamente (o de HIV), que eu fazia todo ano, todo ano eu fazia, mesmo eu tendo relação com meu marido com camisinha, tudinho, a gente fazia, mas aí quando eu descobri meu mundo caiu, mas Graças a Deus eu tive apoio de amigos daqui mesmo, que trabalham no Oswaldo Cruz, que eu conheço um bocadinho de gente aqui e só tive dificuldade mesmo no meu trabalho (5E, 42 anos, parda).

Descobri em 2002, quando tive crise de herpes nervosa e quando vim para o hospital descobri. Tive um choque. Mudou tudo para mim, tive um choque. Fiquei magoada em tudo, não tenho ânimo para nada (8E, 37 anos, amarela).

Ainda observa-se nos discursos das entrevistadas a associação da contaminação a comportamentos ditos de “risco” ou aqueles que não são aceitáveis pela sociedade, são atribuídos ainda como castigo e/ou consequência de um estilo de vida da pessoa que vive com a HIV, como demonstra os relatos abaixo:

[...] eu descobri muito por acaso, antes eu era prostituta, trabalhava na rua. Então saía com muitos homens e não me precavia. Aí eu tive um problema de sífilis, foi nessa sífilis que descobri e tive tuberculose extrapulmonar, por trás do pulmão, que ninguém descobria o que era. Quando eu tive tuberculose, não tinha vaga aqui no HUOC. Minha médica me transferiu para o Hospital das Clínicas, fiquei três meses internada. Meus exames, meu CD4 dava alto, estava com a imunidade alta, mas na verdade não era, foi um disfarce e a médica não conseguia descobrir. Eu passei 3 meses indo e vindo para o hospital e a médica sem descobrir, porque minha imunidade estava superalta, mas foi um disfarce para o vírus, por conta da tuberculose. Eu fiz um exame terrível, colocaram uma agulha bem fina para tirar o líquido daqui (pulmão), foi quando descobriram (4E, 43 anos, negra).

É horrível porque você se sente (suspiro), principalmente porque sou muito independente, [...] eu tinha vergonha de mim mesma, porque querendo ou não, é... foi uma pulada de cerca que eu dei, quando me separei do meu marido. Aí, conheci uma pessoa, jurando que era certinho, bonitinho. Nunca pensei que isso ia acontecer comigo. A gente já usava (camisinha). Agora eu acredito se você furar a camisinha... Eu não sabia, né! Nunca tinha acontecido. Num deslize que aconteceu. Fui sorteada! Mas valeu a pena, às vezes a gente tá tão, olhando só para o espelho, só se vendo que a gente acha, que a gente não é capaz de ter aquilo e quando a gente tem a gente vê realmente, as pessoas boas que estão ao seu lado. A gente muda muito! Porque a gente não pensa, porque quando eu vi quando essa doença chegando e convivia aqui no Hospital Oswaldo Cruz, que minha mãe era funcionária daqui e eu vi os trâmites, via os pacientes sofrendo aquela situação (5E, 42 anos, parda).

Apesar das tecnologias de prevenção e de uso combinado de medicamentos como forma de prevenção, o conservadorismo ainda marca o medo de expressar a livre sexualidade e exercer a autonomia sobre o corpo. De acordo com Tertó Jr. e Raxach

(2018, p. 05), no início da década de 1990 “a ABIA lançou um cartaz com o slogan ‘Não importa com quem’, como um exemplo de mobilização comunitária em reação ao discurso conservador e repressivo que pregava abstinência, fidelidade e monogamia como forma de prevenção”. Ainda para os autores:

O conservadorismo também obstaculizava o acesso ao preservativo em populações institucionalizadas, como internos em instituições psiquiátricas e encarcerados, ou seja, em populações consideradas como ‘perigosas’ ou ‘incapazes’ de se adaptarem aos valores de sexualidade e estilos de vida tradicionais e dominantes, e por isso mesmo, marginalizadas (TERTO JR.; RAXACH, 2018, p. 05).

Constata-se que apesar do significativo ganho da primeira “década dos anos 2000, com o avanço dos estudos científicos no campo da prevenção, inclusive no Brasil, sobre a profilaxias pré e pós-exposição ao HIV com o uso de medicamentos antirretrovirais”, conforme Terto Jr. e Raxach (2018, p. 06), atualmente com o atual Governo Federal de Jair Bolsonaro (2019...), constata-se um retrocesso nos direitos e conquistas da população que vive com HIV/AIDS. Em relação às mulheres, constantemente seus direitos são atacados, bem como a autonomia do seu corpo, por meio de políticas públicas restritivas e que não abrangem a efetivação da liberdade e direito de escolha. Vê-se continuamente discursos de ataque às mulheres, a exemplo da atual Ministra da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos e pastora evangélica Damares Alves, na qual durante a reunião ministerial⁶⁶, divulgada pela imprensa recentemente, diz ser contra o aborto, em qualquer situação e enfatiza ser esta uma pauta feminista. Também destaca que “esse governo é um governo pró-vida, é um governo pró-familiar”, diz Damares.

Essas políticas e discursos institucionais incorrem em retrocessos em diversos campos, inclusive como já mencionado, no âmbito da Política de HIV/AIDS. Também favorece a constituição e o fortalecimento de estigmas entre as populações mais vulneráveis, afinal a falta de debates e de campanhas específicas na área de HIV, que possam promover a liberdade, autonomia e acesso às informações, com o intuito de favorecer a desconstrução de ações discriminatórias e a sorofobia, passam a ser entendidas como violência estrutural e omissão do Estado. Para Monteiro e Villela (2019, p. 07) “os processos de pânico moral e a violência estrutural contribuem para

⁶⁶ Sugerimos assistir o vídeo publicado via Youtube. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=LZrXaluSGL8>. Acesso em: 03 jul. 2020.

alijar pessoas e grupos do acesso a bens materiais e simbólicos da sociedade”. Ainda conforme as autoras:

Ao contrário do estigma, não operam no âmbito das relações interpessoais, entretanto, permeiam a vida cotidiana e colaboram para formar percepções, julgamentos e valores que orientam comportamentos e atitudes dos sujeitos nas suas interações. Ou seja, a dinâmica da violência estrutural se utiliza do pânico moral, que, muitas vezes, se apoia em processos de produção de estigma (MONTEIRO; VILLELA, 2019, p. 07).

Esses processos de estigma e discriminação afetam diretamente a saúde das pessoas que vivem com HIV/AIDS, de acordo com Monteiro e Villela (2019). Há também “danos indiretos, causados pela produção de processos de marginalização social que dificultam o acesso à prevenção e aos cuidados em saúde” (ibidem, p.06). Parker (2012) coloca que os efeitos do preconceito, os estigmas e a discriminação causam danos não apenas por seus efeitos diretos, mas nas formas como parte de processos de exclusão social e violência estrutural. Para demonstrar isso, a entrevistada E2, 35 anos, pontua que observa “[...] a discriminação da população em geral, que não tem informação. As informações da mídia trazem medo e não proporciona o cuidado”, sendo esta uma importante percepção feita pela usuária e compatível com os referidos estudos. Daniel (2018) corrobora que a AIDS é, complexamente, um problema político típico da civilização contemporânea. Para ele:

Num país como o nosso, lutar contra a AIDS é ajudar a construir a cidadania de uma maioria de explorados e oprimidos. Como toda epidemia, a AIDS se desenvolve nas fraturas e desequilíbrios da sociedade. Não se pode enfrentá-la tentando obscurecer as contradições e conflitos que expõe. Pelo contrário, é revelando-os que melhor se entende (e se pode neutralizar) o avanço do vírus e do vírus ideológico do pânico e dos preconceitos. Portanto, há uma disputa envolvida nessa epidemia que não se reduz ao confronto biológico. Há uma construção a ser feita que envolve a democracia e o prazer da diversidade (DANIEL, 2018, p. 18).

Para Euzébio (2018, p. 144), “em mais de trinta anos de resposta à epidemia, seria de se esperar que houvesse muito conhecimento acumulado. Entretanto, um dos fatores que contribuem para a discriminação é justamente a falta de conhecimento”. No entanto, acrescenta também que outro aspecto que “muito se discute acerca de projetos políticos, sociais e ideológicos que visam a fazer com que as pessoas que vivem com HIV continuem sendo vulnerabilizadas e criminalizadas” (ibidem, p. 145). Na atualidade é possível ver constantemente esses ataques, tanto no discurso do Governo Federal, como por meio do desmonte da estrutura organizacional do Departamento de HIV/AIDS e Hepatites Virais e das campanhas de prevenção. O relatório do UNAIDS

Enfrentando a discriminação: superando o estigma e a discriminação relacionados ao HIV em serviços de saúde e correlatos (2017), citado por Euzébio (2018), mostra como o estigma e a discriminação criam barreiras no acesso aos serviços de prevenção, testagem e tratamento do HIV e colocam vidas em risco. Ainda demonstra que:

O relatório mostra que as pessoas vivendo com HIV que experienciam altos níveis de estigma relacionado ao HIV têm mais de o dobro de chances de adiar sua vinculação a serviços de saúde e cuidado do que as pessoas que não percebem o estigma relacionado ao HIV. Entre os dados apontados por estudos apresentados no relatório, observa-se que pessoas que vivem com HIV e vivenciam experiências de estigma são 2,4 vezes mais propensas a adiar a vinculação a um serviço de saúde até que estejam doentes. Em 19 países com dados disponíveis, uma em cada cinco pessoas vivendo com HIV evitou dirigir-se a uma clínica ou hospital por temer sofrer com o estigma ou a discriminação em relação à sua sorologia positiva para o HIV (EUZÉBIO, 2018, p. 145).

Todas essas reflexões e constatações sobre o estigma e discriminação, rebatem diretamente na continuidade do tratamento das mulheres entrevistadas, sobre isso, chamou a atenção que das nove entrevistadas, quatro delas interromperam o tratamento nos últimos doze (12) meses. Outras quatro informam nunca terem interrompido o tratamento, e uma delas obteve o diagnóstico recentemente. Pode-se analisar que além de possíveis dificuldades no uso da medicação e nos seus efeitos colaterais inicialmente, outros fatores também podem influenciar, como a lembrança, ao se tomar o remédio, que se tem uma doença, ou dificuldade no acesso ao serviço, medo de ser descoberta do seu estado sorológico, falta de acesso a alimentação adequada, são exemplos dessas dificuldades.

Para Rocha (2011, p. 85), “viver com HIV usando o ‘coquetel’ trouxe novos desafios, porque essa vivência também está permeada de desigualdades oriundas das determinações sociais”. Os relatos abaixo são das entrevistadas que interromperam o tratamento, com piora importante no quadro de sua saúde, necessitando de internamento hospitalar. Ressalta-se que nosso foco não foi se as pacientes estavam aderindo ou não ao tratamento. A pergunta foi realizada sem que houvesse uma carga de culpa, com cuidado em fazer a escuta e entender as dificuldades, sentidos e significados desse processo.

Houve mudança sim! A princípio deu uma pane, foi muito angustiante, depois ficou normal. Fui aconselhada a não fazer o tratamento (não havia necessidade inicialmente — devido ao protocolo). Passei anos bem. Até que comecei a ficar doente. Tanto tempo que fiz o teste, que não acreditava na doença. Até que iniciou o tratamento (pela 1ª vez), tive mal-estar e depois fiquei normal (2E, 38 anos, branca).

Parei. O médico vai me dar uma bronca (risos), um (01) ano sem tomar, porque me sentia mal, sem paciência. Tomava meio doido, um dia e outro não. Agora estou tomando. Parei muitas vezes. Tenho preguiça. É muito cansativo mesmo. Desde o começo parei (8E, 37 anos, amarela).

Todos esses pontos foram trazidos pelas entrevistadas como momentos significativos na sua vida. O acesso a informação com qualidade e sem discriminação, de forma a possibilitar a troca de saberes entre as usuárias e os profissionais de saúde, foi negado significativamente. É fato que o “HIV rapidamente se disseminou entre as populações mais pobres e vulneráveis socialmente, incluindo as mulheres [...] o estigma associado ao HIV rapidamente passou a se nutrir do racismo, do sexismo e das desigualdades de classe” (MONTEIRO; VILLELA, 2019, p.08). A questão do estigma e da discriminação continuará a perpassar os outros pontos a serem discutidos.

4.2.3 Mulheres soropositivas e o reflexo da violência no cotidiano.

Falar sobre violência e seu processo de desnaturalização por algum tempo passou a ser pauta de reflexão e de atuação profissional, por meio de ações de formação em saúde e de projetos de extensão realizados no HUOC/UPE. Deste modo, é possível considerar um compromisso político-ideológico, em termos de Saffioti (2004), com a referida temática. Naquele período houve a possibilidade de trazer para reflexão e discussão com usuárias, profissionais de saúde e de outras áreas, o fato das mulheres, com suas devidas especificidades, no que se refere a raça e classe, ter em algum momento de suas vidas (ou em toda ela) marcas significativas de violência, sejam elas institucionais, físicas, psicológicas, material, sexual e tantos outros tipos de violência, que podem causar danos significativos à pessoa que passa por tais situações.

Ainda na ocasião da realização do projeto de extensão no HUOC/UPE, que abordava o tema violência, foi possibilitado trazer para reflexão com as (os) usuárias (os) do serviço questões do cotidiano referentes à temática e o quanto o patriarcado está presente na vida das mulheres. Quando lançava-se a pergunta: quantas de nós alguma vez na vida lembra de ter sofrido algum tipo de violência? Normalmente o silêncio era a resposta, assim como o olhar baixo ou a procura das memórias. Observou-se que os homens tomavam a fala e debatiam o assunto, como se estivessem apartados daquele

processo. Especificamente para as mulheres que vivem com HIV/AIDS, de acordo com Rocha (2011, p. 58), ao se referir a relação com a questão racial, analisa que:

No tocante à questão racial, enfrentam a perversa associação entre as desigualdades de classes e as dimensões relacionadas à autoestima, ao preconceito no serviço de saúde, às desigualdades nas relações inter-raciais. Tais pontos são selecionados nas estratégias nacionais da AIDS.

Para ilustrar tal questão, é possível identificar o romper com o silêncio e o direito ao sigilo sobre o diagnóstico da entrevistada E1, 27 anos, parda, dentro da instituição de saúde. A referida entrevistada tinha muita cautela ao se referir ao seu diagnóstico, ressaltando preferir que não fosse revelado, mesmo entre pares. Na ocasião relatou a seguinte situação de violência institucional, na unidade de saúde:

Na enfermaria de cirurgia aqui no hospital, o médico falou o meu diagnóstico na frente das pessoas e as pessoas ficaram com um olhar diferente e me senti mal. Depois procurei o médico e na frente dos estudantes, para que eles aprendam, reclamei com o médico, disse que não poderia fazer isso. Ele me pediu desculpas. Na enfermaria (de infectologia) tem uma paciente que não é soropositiva e é também enfermeira. Ela estava conversando com uma colega, acho que é enfermeira daqui do infantil. E a funcionária do hospital disse a essa paciente que ela não deveria estar aqui. Acho que olharam meu prontuário. Às vezes os profissionais de saúde (médicos/enfermeiras) falam e os outros pacientes que não têm, ficam olhando, com medo de ir até no banheiro (E1, 27 anos, parda).

Esse ponto trazido pela entrevistada é bastante relevante. Na ocasião desta violência, não foi avaliado pelos profissionais a necessidade de resguardar aquela mulher de uma possível discriminação. Possivelmente, foi considerado apenas a racionalidade de que o conhecimento científico é soberano e pode se sobrepor ao direito do outro, principalmente em se tratando de uma mulher, parda e com um vírus que traz forte estigma. É como se ela não fosse sujeito do processo e tudo fosse possível, inclusive invadir com palavras e ações o corpo e a vida daquela mulher. Ainda sobre esta questão, outra entrevistada faz sua análise e reflexão sobre os atendimentos, assistência e as informações dadas à pessoa que vive com HIV/AIDS pelas equipes de saúde:

Busquei as informações! A verdade deles (dos médicos) é a verdade absoluta e eu pesquisei sobre a doença. Meu direito fica aonde? Por que sermão? Não tenho direito a escolher? A questão do HIV é como se fosse lepra, tem que se afastar, tem que fazer medicamento. Fiz tratamento por 03 anos e não tinha saúde, tive várias complicações. Quando parei de fazer a medicação, a minha saúde voltou. Tomava corticoide, 'era um inferno!'. (Sobre a medicação) Os médicos dizem que baixa a imunidade, mas não é para melhorar? Não é bem como se prega, tem um sistema para ganhar dinheiro (2E, 38 anos, branca).

Esses dados trazem um importante indicativo quanto à necessidade de qualificar a assistência em saúde, a escuta ao paciente, bem como a ampliação das informações sobre o HIV/AIDS, que seja possível se aproximar do cotidiano das pessoas soropositivas, em especial as mulheres, de forma a construir paulatinamente o conhecimento sobre o seu corpo e seu diagnóstico. Além dessas barreiras, as mulheres também lidam com outras dificuldades, a exemplo da necessidade e ampliação de serviços que possibilitem a garantia do acesso ao direito à reprodução sexual, como será discutido posteriormente. Durante a pesquisa, a marca da violência durante a vida é trazida de maneira significativa, como relata abaixo outra entrevistada:

Já passei por violência verbal e física. Acho que assim, verbal você pode até tirar de letra, mas a física é uma coisa que fica gravada na sua mente porque, acho assim, ninguém tem o direito de bater em ninguém. Eu acho que hoje em dia eu sou o que sou de tanto de agressão que já sofri na minha vida. Meu pai era alcóolatra, só vivia me batendo. Batia na minha mãe, mas a gente ia em cima, mas o alvo de tudo era eu, se os outros fizessem errado, quem pagava era eu, porque eu era a mais velha da casa. Aí quer dizer que, aí tem um enredo de violência física, psicológica, porque sempre na minha cabeça eu achava que ele fazia isso comigo porque eu não era filha (foi adotada pela família). Tá entendendo? E eu achava que eu tinha obrigação de aguentar porque eu realmente não era filha dele e ele fazia o favor de me criar. Às vezes eu era agressiva com ele, não vou mentir! Muitas vezes eu empurrei, porque eu já estava cansada de apanhar, xinguei, quer dizer, é como eu digo, violência gera violência. Já com minha mãe era diferente, minha mãe nunca me agrediu. Minha mãe brigava comigo, às vezes me dava 'lapada', porque eu sabia que estava errada[...] Meus irmãos aprontavam e eu que pagava. Aí, quer dizer, por ele, eu sempre fui rejeitada. Minha mãe não, minha mãe só vinha em cima de mim quando eu fazia o errado. (E9, 52 anos, negra).

O relato da entrevistada revela o quanto a violência causa dor e permanece na memória das pessoas em situação de violência. Romper com a barreira e a quebra do círculo de violência torna-se um processo difícil e que, muitas vezes, necessita de fortalecimento e apoio à mulher em situação de violência. O fato é que há dificuldade em se falar sobre o tema entre as mulheres, pelo medo, a vergonha e o temor em se expor, mas também muitas vezes por não reconhecer que as violências estão em diversas situações do cotidiano, tais como: quando as mulheres são interrompidas em suas falas; quando são desacreditadas e desqualificadas para realização dos cuidados aos seus filhos; ao serem cerceadas nos seus direitos de escolha e de acesso às políticas públicas de forma qualitativa e equitativa; quando seus corpos são tocados sem sua permissão; ao serem diminuídas psicologicamente; ao serem altamente exploradas na família e no trabalho, e mesmo assim não terem remuneração adequada. É possível identificar tais questões a partir do depoimento da seguinte entrevistada:

Todos diziam que não tinha capacidade de cuidar da minha filha. A minha família e alguns profissionais da maternidade diziam isso. Parecia que eu não era mãe da minha filha. Fiz tudo! Parei de tomar meu remédio (*anticonvulsivo*), tomava os remédios para HIV, à força, mesmo enjoada. Minha mãe me obrigava a tomar e mesmo assim, minha filha nasceu com pneumonia. Ficou internada por 2 meses. Me sinto culpada por tudo. Eu fiz tudo! Não entendo por que isso aconteceu. Minha mãe fica tentando me proteger, me orientar (6E, 35 anos, parda).

Durante as entrevistas, as narrativas sobre violências surgidas e/ou radicalizadas diante da sorologia positiva para HIV surgiram de forma expressiva. Pode-se observar que as violências mais ressaltadas pelas entrevistadas foram aquelas perpetradas nos serviços de saúde, principalmente na descoberta do diagnóstico de HIV ou durante o parto, assim como aquelas violências praticadas pelos parceiros.

Para dar continuidade a essas reflexões e para aproximação da realidade dessas mulheres, faz-se necessário desvelar o significado da violência, de sua naturalização e de alguns conceitos, entre eles o termo gênero, que aqui será baseado nas concepções de Saffioti (2004), partindo da análise da sociedade capitalista, que tem em sua essência o patriarcado e como “contradição fundante deste modo de produção, ao qual são inerentes a injustiça e a iniquidade” (SAFFIOTI, 2004, p. 14). Em relação a seu entendimento sobre a violência considera como:

[...] a ruptura de qualquer forma de integridade da vítima: integridade física, integridade psíquica, integridade sexual, integridade moral. Observa-se que apenas a psíquica e a moral situam-se fora do palpável. Ainda assim, caso a violência psíquica enlouqueça a vítima, como pode ocorrer — e ocorre com certa frequência, como resultado da prática de tortura por razões de ordem política ou de cárcere privado, isolando-se a vítima de qualquer comunicação via rádio, televisão ou qualquer contato humano —, ela torna-se palpável (SAFFIOTI, 2004, p. 17).

Dar visibilidade a esta definição possibilita enxergar a violência para além daquela que deixa apenas as marcas no corpo, assim como a necessidade de desnaturalizar e romper com o silêncio daquelas que estão em situação de violência. No intuito de alimentar esse sistema cisheteropatriarcal capitalista, comumente as mulheres são educadas para possuírem determinadas características, serem afetuosas, discretas e cuidadoras. Além disso, são treinadas para sentir culpa e socializadas para “sofrer”, de acordo com Saffioti (2004). Ainda afirma que:

As mulheres são ‘amputadas’, sobretudo no desenvolvimento e uso da razão e no exercício do poder. Elas são socializadas para desenvolver comportamento dóceis, cordatos, apaziguadores. Os homens ao contrário, são estimulados a desenvolver condutas agressivas, perigosas, que revelam força e coragem (SAFFIOTI, 2004, p. 34).

Para contribuir com tal discussão, considera-se que a exploração e a opressão feminina em uma sociedade essencialmente patriarcal se expressam por meio da violência e “do controle da sexualidade feminina” (SAFFIOTI, 2004, p. 49). Faz-se necessário retomar o conceito de gênero, que possui várias concepções, porém, de acordo com Saffioti (2004) há um consenso que gênero é a construção social do masculino e do feminino. Ainda para a autora o “conceito de gênero não explicita, necessariamente as desigualdades entre homens e mulheres. Muitas vezes, a hierarquia é apenas presumida” (ibidem, p.49). Como já mencionado anteriormente, segundo algumas autoras, o patriarcado teve início no ano de 3100 a.C. e vem se modificando no decorrer dos anos, mas sempre está presente. Possui características próprias, de acordo com as sociedades (SAFFIOTI, 2004, 2009). Ainda conforme o pensamento da autora:

Integra a ideologia de gênero, especificamente patriarcal, a ideia defendida por muitos, de que o contrato social é distinto do sexual, restringindo-se a este último a esfera privada. Segundo esse raciocínio, o patriarcado não diz ao mundo público, ou pelo menos, não tem para ele nenhuma relevância. Do mesmo modo como as relações patriarcais, suas hierarquias, sua estrutura de poder contaminam toda a sociedade, o direito patriarcal perpassa não apenas a sociedade civil, mas integra o Estado (SAFFIOTI, 2004, p. 54).

Rocha (2011, p. 50), em sua tese, analisa historicamente as diversas perspectivas do conceito de gênero e que na “década de 1990, gênero passa a ser central para o campo ético e político no feminismo, ao ampliar o debate com o enfoque nas relações sociais” e ressalta que:

[...] as tendências recentes dos estudos de gênero apontam os riscos e limites dessa abordagem que não é muito precisa: geralmente sistema de gênero, é usado muitas vezes como sinônimo de patriarcado. Contudo há vários textos nos quais as distinções entre os dois usos são devidos a mais um posicionamento político que se deseja afirmar do que uma necessidade imposta por esclarecimento teórico. É possível fazer a seguinte analogia: o sistema é patriarcal e as relações que o estruturam e dinamizam são de dominação de gênero, assim como o sistema capitalista e as relações que o estruturam e dinamizam são de classe (ROCHA, 2011, p. 50).

Desse modo, conforme já discorrido nos capítulos anteriores, o Estado contribui para a expressão dessa opressão, por meio de um discurso conservador e de cunho religioso, bem como a banalização das violências praticadas contra as mulheres, incluindo a ausência de políticas públicas voltadas ao direito à vida digna, proteção, acesso a bens e serviços, assim como direito a decidir pelo seu corpo, principalmente no que se refere ao aborto. Fica claro que no atual governo de Bolsonaro (2019...), gradativamente, os poucos direitos conquistados são aos poucos atacados/retirados.

Pode-se compreender que esses fatos compõem uma ideologia conservadora e ultraneoliberal, que alimenta e fortalece o sistema capitalista e o patriarcado.

É importante destacar que a “base material do patriarcado não foi destruída” de acordo com Saffioti (2009, p. 11) e também tem como a figura feminina sua representante, mesmo com a ausência do homem. Muitas vezes, essa opressão é exercida por meio da violência e do medo, nos termos de Saffioti (2004) como a “pedagogia da violência”, como forma de exercer o poder, um exemplo disso é o fato de ser autorizado pela sociedade a educar crianças por meio de agressões físicas e psicológicas ou, no caso de crianças das classes subalternizadas, a possibilidade de exercerem atividades econômicas em detrimento do acesso à educação, lazer e cuidados realizados pela família. Sobre esta questão Saffioti (2004, p. 74) revela:

A mulher, ou por síndrome do pequeno poder ou por delegação do macho, acaba exercendo, não raro, a tirania contra crianças, último elo na cadeia de assimetrias. Assim, o gênero, a família e o território domiciliar, contém hierarquias, nas quais os homens figuram como dominadores — exploradores e as crianças como os elementos mais explorados — dominados.

Em relação às mulheres, as violências também ocorrem comumente, de diversas formas, no seio familiar. Sobre esta questão, uma das entrevistadas relatou a situação de violência praticada por seu ex-parceiro e que causou o desencadeamento de sofrimento e mental e fragilidade, principalmente durante a descoberta da soropositividade. Também referiu-se a outras tentativas de relacionamentos posteriores:

[...] eu já sofri muito, já tive relacionamentos abusivos. Pessoas que eu queria levar a sério, mas não deu certo. Agora eu dei um tempo, eu não quero me ferir no momento. Foram pessoas que eu me envolvi como o genitor da bebê era uma pessoa [...], eu não sei né? Não sei se é falta de sorte, não sei o que é. As pessoas me enganam facilmente. Não só isso, minha mãe fica preocupada e me alerta: escuta, cuidado com as pessoas! Você se envolve, tá entendendo? E eu sempre acreditava nessas pessoas. Algumas pessoas têm preconceito quando descobre. Abusa da pessoa, aí como eu já tinha depressão, isso já mexe com a autoestima. Tem muita gente má no mundo (6E, 35 anos, parda).

Corroborando com o depoimento acima, é possível analisar, conforme Saffioti (2009, p. 10) que “seguramente, este regime (o patriarcado) ancora-se em uma maneira de os homens assegurarem, para si mesmos e para seus dependentes, os meios necessários à produção diária da vida e a sua reprodução”. Ainda para a autora:

Obviamente, os homens gostam de ideologias machistas, sem sequer ter noção do que seja uma ideologia. Mas eles não estão sozinhos. Entre as mulheres, socializadas todas na ordem patriarcal de gênero, que atribui qualidades positivas aos homens e negativas, embora nem sempre, às mulheres, é pequena a proporção destas que não portam ideologias dominantes de gênero, ou seja, poucas mulheres questionam sua inferioridade

social. Desta sorte, também há um número incalculável de mulheres machistas. E o sexismo não é somente uma ideologia, reflete, também, uma estrutura de poder, cuja distribuição é muito desigual, em detrimento das mulheres (ibidem, p. 34).

O sentimento de culpa também é marcado por este processo, há uma naturalização de que as mulheres são culpadas pelos diversos tipos de violência, como se tivessem “procurado” ou “provocado” uma determinada situação. Nesse caso específico, pelo fato de se envolverem com pessoas consideradas inadequadas, como também são acusadas de estarem em lugares inapropriados, as mulheres justificam que por esses motivos sofrem algum tipo de violência, principalmente a sexual. Tais comentários são vistos no cotidiano dos serviços de saúde, mesmo aqueles que são referência no atendimento às mulheres em situação de violência. De acordo com Saffioti (2004, p. 17), “a questão se situa na tolerância e até no incentivo da sociedade para que os homens exerçam sua força-potência-dominação contra as mulheres, em detrimento de uma virilidade doce e sensível, portanto mais adequada ao desfrute do prazer”. Vale deixar claro aqui a compreensão sobre violência familiar, doméstica e intrafamiliar, ainda de acordo com Saffioti (2004, p. 71):

[...] a violência familiar, ou seja, a que envolve os membros de uma mesma família extensa ou nuclear, levando-se em conta a consanguinidade e a afinidade. Compreendida na *violência de gênero*, a violência familiar pode ocorrer no interior do domicílio ou fora dele, embora o mais frequente seja o primeiro caso. A violência intrafamiliar extrapola os limites do domicílio. Um avô, cujo o domicílio é separado do de seu (sua) neto (neta), pode cometer violência, em nome da sagrada família, contra este (a) pequeno (a). A *violência doméstica* apresenta pontos de sobreposição com a familiar. Atinge, porém, também pessoas que, não pertencendo à família, vivem, parcial ou integralmente, no domicílio do agressor, como é o caso de agregados (as) e empregadas (os) domésticas (os).

Pode-se identificar no relato da entrevistada durante a pesquisa aspectos referentes aos diversos tipos de violência que sofreu, principalmente por parceiros e seus familiares:

Quando minha avó faleceu, fugi de casa e fui morar com o pai da minha filha. Passei 5 anos com ele, foi um relacionamento abusivo. Depois tentei me relacionar com o vizinho, ele era de um jeito e depois mudou. Era um relacionamento abusivo. Ele usava drogas, me agredia. Era outra pessoa. Senti diferença quando falei para meu namorado sobre o meu diagnóstico. Ele me deixou e a mãe dele começou a me discriminar. Foram violências de todas as formas. São 6 meses de antidepressivos. As pessoas me avisaram, essa pessoa não gosta de mim (6E, 35 anos, parda).

Além dessas violências de natureza intrafamiliar, também é possível visualizar em algumas instituições de saúde, de forma corriqueira, questionamentos e julgamentos em relação às mulheres em situação de violência, principalmente quando se trata da

violência sexual. Em relação à naturalização da violência, quando perguntamos à quinta entrevistada se havia sofrido algum tipo de violência devido à sua soropositividade, ela afirma: “Não. Nunca. Até então meu marido é um *gentrimã*, eu que bato nele” (4E, 43 anos, mulher trans, negra). Quando perguntada se na sua vida já havia sofrido algum tipo de violência, relata que:

[...] já, quando fazia prostituição, já tive alguns problemas. Depois do diagnóstico: não, de forma alguma. Eu já tive alguns problemas (pela homossexualidade), eu sou uma pessoa muito esclarecida, piadinhas ficaram para pessoas chulas e pessoas leigas. Então para mim... eu escuto muita piada na rua, mas para mim tanto faz. Quando eu estou com meu esposo de mãos dadas, ele também é uma pessoa super esclarecida (4E, 43 anos, mulher trans, negra).

Estudos demonstram que em 2017, 75,5% das vítimas de homicídio foram indivíduos negros⁶⁷, sendo que a taxa de homicídios por 100 mil habitantes negros foi de 43,1%, ao passo que a taxa de não negros (brancos, amarelos e indígenas), foi de 16% (IPEA, 2019). Entre os casos de violências perpetrados contra as mulheres, como já mencionado no capítulo I, no que se refere à questão racial, os dados demonstram números estarrecedores, enquanto a taxa de homicídios de mulheres não negras teve crescimento de 4,5% entre 2007 e 2017, a taxa de homicídios de mulheres negras cresceu 29,9%, afirma o IPEA (2019). Portanto, as mulheres negras e pardas, conforme os dados e relatos das entrevistadas, sofrem mais violências em seu cotidiano, em diversos espaços de convivência. Como afirma Rocha (2011, p. 57), “no tocante à questão racial, as mulheres que vivem com AIDS enfrentam a perversa associação entre as desigualdades de classe e as dimensões relacionadas à autoestima, ao preconceito no serviço de saúde”. Sobre esta questão, a entrevistada 5E relata como descobriu a soropositividade no hospital em que trabalha e passou por diversas violências sofridas, como quebra de sigilo do diagnóstico, discriminação, violência psicológica, entre outras:

[...] o exame foi aberto. O hospital soube todinho e eu fui a última a saber, se você perguntar à Doutora como cheguei aqui, eu não fazia outra coisa, só fazia chorar. Eu chorava de manhã, de tarde e de noite. Aí, foi até na época que eu estava voltando para o meu marido e tive que contar, eu tinha que ser honesta, aí ele fez: não, a gente continua do mesmo jeito. Não fui afastada do meu trabalho, a Doutora queria me afastar, não quis ser afastada. Nem quando estava começando o tratamento. Ela me deu alguns dias para poder me adaptar, mas depois disso. A gente enfrenta certas batalhas no dia a dia,

⁶⁷ Definidos no estudo, como a soma de indivíduos pretos ou pardos, segundo a classificação do IBGE, utilizada pelo SIM – Sistema de Informação de Mortalidade (IPEA, 2019, p. 49).

tive uns contratempos lá no trabalho, mas aí diante disso, tive o apoio do meu esposo, graças a Deus! Você faz assim, hoje em dia tem vários medicamentos, você vive uma vida social tranquila, você tem uma vida normal, como qualquer outra pessoa, que se cuida! Mas quem não se cuida, infelizmente tem muita gente que adoece por causa dessa doença, sim! Mas quando você tem o tratamento, como a médica diz, você é normal como qualquer ser humano. Acho pior que adoecer de câncer, aquele sofrimento [...]. O que eu tenho é uma gripe, na frente deles. Então assim, pelo fato de trabalhar no hospital me ensinou muito. Agora a gente ri, mas na hora... pensamentos horríveis. Eu pensava até em me matar. Fui para a igreja, ficava escutando a palavra de Deus. Parecia que estava falando para você. Daqui a pouco passava perto de um carro e fazia, eu não mereço está nesse mundo. Eu morro de medo de ponte, aí cheguei junto da ponte assim... pensei: não vou levar esse pecado para Deus, não (risos). É horrível e quando você passa, assim a única pessoa que eu tinha no momento era meu esposo que sabia, né? E o pessoal do hospital, que me olhava atravessado. Parecia uma coisa, na hora acontece tudo. Você nunca levou um corte junto das pessoas, você se corta, como aconteceu comigo. Eu me cortei no prontuário, fiquei nervosa, aí passei a mão no prontuário, o sangue pelo chão. Aí a técnica de enfermagem, chama a menina da limpeza, chama a menina da limpeza e diz que não chegue junto do sangue dela! Aí eu disse, nem se eu tivesse com alguma coisa assim, infectocontagiosa que transmitisse pelo ar. Você sabe que querendo ou não o vírus já morre em contato com o ar (5E, 42 anos, parda).

Observou-se durante a pesquisa, a partir dos depoimentos das entrevistadas, um número expressivo de situações de violências cometidas contra essas mulheres durante o parto e/ou nas instituições de saúde. É possível visualizar a partir do aumento dos casos de HIV entre as mulheres a centralidade de ações relacionadas à prevenção da transmissão vertical, como afirma Rocha (2011, p. 90):

Com o crescimento da incidência do HIV entre mulheres, no campo da assistência, a Coordenação Nacional de DST/AIDS concentrou a atenção na prevenção da transmissão vertical do HIV. Assim, tal problemática colocou no centro da atenção a necessidade de uma melhoria das políticas de assistência ao pré-natal, visando à prevenção da transmissão vertical e uma série de outros aspectos importantes associados à saúde reprodutiva.

Objetivamente constata-se que as ações giram em torno dos cuidados, principalmente da criança, sendo relegado ao segundo plano os cuidados das mulheres soropositivas e de seus direitos à reprodução sexual. Rocha (2011, p. 149) alerta que “historicamente a intervenção estatal e, sobretudo, a da igreja no tocante às políticas que tratam das mulheres, evidenciam uma tendência ideológica sobre o controle moral sobre suas atitudes”. Os relatos das entrevistadas expressam essa problemática, principalmente àquelas que tiveram seu parto em hospitais públicos da rede estadual de saúde em Pernambuco:

Descobri em 2003. Não me desesperei, fiquei rezando, se a pessoa se desesperar se mata. O meu filho eu tive depois (do diagnóstico), a médica só faltou me matar. Tomava remédio a pulso, vomitava e minha mãe me obrigava. O meu filho nasceu bem. Trataram bem, só não gostei de uma enfermeira que falou o que eu tinha na frente das pessoas. Reclamei ao

médico e ela foi afastada, porque me deu 10 ml de antialérgico. Era para ser 5 ml. Passei o dia dormindo. Não a vi mais. Mudaram a técnica de enfermagem. Quando estava na maternidade, fui tomar banho e a enfermeira me perguntou como ‘eu peguei isso’. A gente percebe o olhar, por isso não quero ter mais filho nessa maternidade. Deveria ter uma maternidade só para gente! (7E, 42 anos, negra)

Ainda conforme Rocha (2011), desde 2007 a estratégia para diminuir a transmissão do HIV da gestante para o bebê adotou iniciativas, entre elas a recomendação do teste de HIV em todas as gestantes atendidas nos serviços, treinamento das equipes de saúde, acompanhamento de gestantes infectadas pelo HIV, com disponibilização de medicação, entre outras ações. Porém, é importante analisar a necessidade de ampliar a discussão no atendimento às mulheres gestantes em todas as esferas de atenção à saúde. A autora explica a importância do movimento feminista na discussão sobre os direitos das mulheres e a quebra de estigmas, estereótipos femininos e seu lugar na sociedade:

A atuação do movimento feminista foi decisiva nesse campo ao empreender a crítica a esta concepção residual e moralista das mulheres, tendencialmente reconhecidas por suas funções na esfera privada e familiar, para qualifica-las, portanto, como sujeitos de direito na esfera pública. Denunciando o caráter sexista do Estado e conservador da Igreja, o movimento feminista, ao criticar a classificação de programas para mulheres como ‘materno-infantis’, tem protagonizado a conceituação de saúde integral das mulheres, que nega um suposto papel social das mulheres, restrito à sua função reprodutiva biológica no seio da família nuclear burguesa e monogâmica (ROCHA, 2011, p. 108).

É importante destacar que a violência e o estigma ainda são prevalentes e se materializam nos serviços de saúde, criando obstáculos para a oferta de atenção integral e de qualidade, principalmente as mulheres, de acordo com Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Para demonstrar tal questão é possível visualizar no relato da mulher entrevistada, como segue:

Fui muito maltratada no parto, fiquei 08 dias internada na maternidade. Fiz meu pré-natal no particular, mas não consegui fazer o parto. Tive que ir para o público. Não tive direito a nada! Não pude amamentar. Mesmo fazendo o que eles (os médicos) queriam, fui maltratada. Eles diziam: como sabia da doença e não tomei o AZT. Minha filha nasceu no peso, bem, por não ter dado AZT. Não fizeram exame e entupiram a criança de remédio. Que mundo é esse? Se uma mulher grávida (sem a doença) não pode tomar nem um dipirona, porque eu tenho que tomar o AZT? Só conseguiria algum direito, se voltasse ao tratamento. Tive que me humilhar para voltar a fazer o tratamento. Não me deram medicação, e internaram logo! (E2, 38 anos, branca).

O depoimento da entrevistada acima é marcado pela violência, discriminação e estigma, sobre esse último destaca-se que “é uma das mais significativas formas de

violência e violação dos direitos humanos das mulheres no Brasil”, conforme o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009), que indicam:

A realização de ações para a promoção da igualdade e equidade de gênero, raça, etnia e orientação sexual contribuem para estimular a difusão de imagens não discriminatórias e não estereotipadas das mulheres. Mas, para enfrentar esse problema visando à redução das vulnerabilidades de forma equitativa, é fundamental considerar que alguns grupos de mulheres podem ser afetadas mais fortemente, tais como as mulheres que vivem com HIV e AIDS, as adolescentes e jovens, as mulheres privadas de liberdade, em situação de rua, as idosas, as mulheres jovens e adolescentes que cumprem medidas socioeducativas, as prostitutas, as usuárias de álcool e outras drogas, as mulheres com deficiência ou aquelas que vivenciam a transexualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p.28).

A violência contra as mulheres se expressa de diversas formas, como já explicitado anteriormente, mas principalmente por meio das relações desiguais de gênero, que diariamente são reforçadas, seja pela omissão do Estado, pela falta de políticas públicas equitativas e que garantam os direitos humanos das pessoas mais vulneráveis, assim como das relações de produção e reprodução social. Ainda conforme o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009), “as desigualdades entre os gêneros estruturam diferentes graus de discriminação das mulheres, excluindo-as da participação em dimensões fundamentais da vida em sociedade e restringindo sua liberdade no exercício pleno dos seus direitos fundamentais”. É possível identificar tal questão no relato que segue:

Quem sabe do diagnóstico da pessoa, tem nojo, medo de conviver com o outro. Ou você não diz que tem e se relaciona com o parceiro e usa camisinha ou antes de qualquer coisa (*sexo*) eu disse sobre a doença e correram. Não é o fim do mundo! Deveria ter mais respeito, desestigmatizar os soropositivos. Isso só prejudica, se torna humilhante, vergonha e constrangimento. Quando fiquei internada em outro hospital, os médicos falaram na frente ao meu acompanhante sobre o meu diagnóstico. E as pessoas fazem cara de espanto! Quando é câncer, ninguém faz cara de espanto. Falam que vai melhorar e faz cara de pena (2E, 38 anos, branca).

Outra questão trazida pelas mulheres pesquisadas foi o fato de não poderem amamentar seus filhos. Normalmente ficam em enfermarias coletivas nos serviços de saúde e elas, normalmente, são as únicas a não serem estimuladas à amamentação, como afirmou a segunda entrevistada: não tive direito a nada! Não pude amamentar (E2, 38 anos, branca). Rocha (2011, p. 92) alerta “assim como na ausência de inibidor de lactação, que tem muitos efeitos colaterais, são tomadas medidas estigmatizantes, como enfaixar as mamas para impedir a amamentação”. Também reflete:

As mulheres são informadas toda a vida que para ser uma mãe completa tem que alimentar o bebê com seu leite. O HIV traz a contradição de ser uma infecção que impossibilita essa ‘natural’ obrigação ser mãe. Nas enfermarias as mulheres questionam quando uma mulher não está amamentando (ROCHA, 2011, p. 90).

De acordo com Ferreira (2017, p. 88), “a ideologia em torno da naturalização e essencialização da maternidade opera como uma mediação fundamental na conformação desta reorganização ao longo da história e ainda hoje”. Nesse sentido, permanecem as mulheres ao longo da história pela responsabilização dos cuidados familiares e, principalmente dos filhos. No caso das mulheres que vivem com HIV, são duplamente culpabilizadas, principalmente entre aquelas que já tinham conhecimento sobre o diagnóstico na ocasião da gestação.

Rocha (2011, p. 113) destaca que “a política de saúde é uma estratégia que deve romper com a concepção patriarcal que associa e identifica as mulheres com a maternidade e a reprodução”. Observa-se que a violência, estigma, assim como a dimensão do poder e opressão, perpassam por várias discussões trazidas pelas mulheres pesquisadas, incluindo aquelas atribuições associadas às mulheres para a realização dos cuidados e trabalho doméstico remunerado ou realizado de forma gratuita dentro da família, que será discutido no próximo item. Vale lembrar, como afirma Santos (2020, p. 12) que “o patriarcado induz a ideia de estar moribundo ou enfraquecido em virtude de vitórias significativas dos movimentos feministas nas últimas décadas, mas, de facto, a violência doméstica, a discriminação sexista e o feminicídio não cessam de aumentar”.

4.2.4 A naturalização do trabalho doméstico e de cuidado não remunerado.

Historicamente, o trabalho doméstico e de cuidado foi, e permanece sendo, realizado pelas mulheres de forma majoritária. Constatou-se que durante as entrevistas, para a maioria das mulheres, esse tipo de trabalho é naturalmente absorvido por elas, como uma obrigação. Apenas uma delas, questionou, de forma crítica, a obrigatoriedade feminina em realizar tais atividades como algo natural e intrínseco. É importante refletir sobre a divisão sexual do trabalho, principalmente dentro do modo de produção capitalista, que aprofunda o lugar das mulheres nesse espaço de cuidados dos familiares e de reprodução social, se mantendo em profunda desvantagem em relação aos homens. Federici (2019, p. 12) considera que “a questão da reprodução, é compreendida como o complexo de atividades e relações por meio das quais nossa vida e nosso trabalho são

reconstruídos diariamente”. O trabalho doméstico e de cuidado não remunerado, muitas vezes invisível e desvalorizado, é atribuído à figura feminina, que é considerada sensível e destinada para realizá-los, sendo relacionado a um dom e ao afeto. Conforme Ferreira (2017, p. 87):

A desvalorização social deste trabalho ocorre no mesmo processo de sua forte atribuição às mulheres como um imperativo moral e núcleo essencial de sua existência social. Questão que não nasce no capitalismo, mas que se particulariza sob esta nova forma de organização da produção-reprodução.

O aprofundamento desse trabalho ocorre com maior intensidade, de acordo com a autora, especificamente a partir do capitalismo e, conforme Saffioti (2004), se refere às imagens que as sociedades constroem do masculino e do feminino, não podendo haver uma só sociedade sem gênero. A elas correspondem uma certa divisão social do trabalho, na medida em que ela se faz obedecendo ao critério do sexo. Sobre isso, quando perguntadas se há trabalhos específicos de homens e mulheres, as entrevistadas respondem:

Limpo a casa, lavo roupas, faço comida, ensino a tarefa, passeio com a minha filha e leva para o médico (pediatra). Não sei dizer a quantidade de horas que me dedico a isso. De vez em quando o meu marido ajuda a lavar pratos, lavar roupas, estender, quando eu não estou muito bem (E1, 27 anos, parda).

Até então nunca fiz serviço de homem. Nunca fiz, desde criança. Serviço de mulher é lavar uma roupa, lavar um prato, é arrumar uma casa, cuidar de uma pessoa que você está, para mim isso é serviço feminino. Eu nunca fiz serviço braçal de homem, nunca fui para uma construção civil. Eu sempre fui criada, desde criança mesmo, sempre fui muito afeminada. Eu me descobri homossexual com 09 anos de idade (4E, 43 anos, mulher trans, negra).

Faço todo serviço da casa e cuido da minha filha por ser mulher. Vive-se uma modernidade e as mulheres continuam cuidando dos filhos e ainda trabalham e a gente aceita, simples! O marido continua trabalhando fora. Novamente o princípio da educação na família. As mães levam toalhas para os filhos e quando casam acham que a mulher é sua empregada. Ensina errado aos filhos e as mulheres se sentem empoderadas, é uma realidade fatal. Não tenho quem cuide da casa, só da minha filha quando preciso (2E, 38 anos, branca).

Claramente há uma naturalização do trabalho doméstico e como afirma Ferreira (2017, p. 90) é uma “expressão desta disponibilidade material e emocional que se supõe sem limites”. Observou-se também que na pesquisa a maioria das mulheres não conseguia mensurar a quantidade de horas que dedicavam ao trabalho doméstico e de cuidado. Algumas delas indicam dedicação exclusiva, por 24 horas por dia, aos

cuidados, principalmente dos filhos menores de 06 anos de idade, conforme o depoimento das entrevistadas:

Abri mão de tudo para cuidar da minha filha, principalmente nos primeiros meses. Não dar para deixar em creche, em hotelzinho. Minha mãe não ajuda. Quando o marido é bom... (2E, 38 anos, branca).

Cuido da minha filha, mas tenho ajuda. Nem tudo posso fazer. As coisas mais sérias, o meu padrasto faz. Leva minha filha ao médico. O cuidado diário com minha filha é comigo. Quando há uma ocorrência, é resolvido pela minha mãe e meu padrasto. Para administrar alguma situação. Cuido da minha filha 24 horas por dia. O bebê é dependente da mãe. Faço comida, brinco, dou banho e assim vai... (E6, 35 anos, parda).

Especificamente, o relato dessa última entrevistada, refere-se ao fato de que além de ter o diagnóstico de HIV, também faz acompanhamento na área de saúde mental, necessitando de suporte familiar. A pesquisadora Jordana Cristina de Jesus (2018) discute em sua tese, intitulada “Trabalho doméstico não remunerado no Brasil: uma análise de produção, consumo e transferência”, que nas sociedades modernas, a produção de bens e serviços nos domicílios para o consumo direto das famílias ocupa parte significativa do trabalho social. Essa produção é feita através do trabalho doméstico não remunerado. Ainda acrescenta que:

Há várias décadas, pesquisadores vêm chamando atenção para a importância do trabalho doméstico dentro da economia e criticando o fato de essa produção não ser incluída na contabilidade da produção nacional, ignorando as longas jornadas nas atividades domésticas que as mulheres realizam e subestimando sua contribuição para a economia em comparação com os homens (JESUS, 2018, p. 18).

Federici (2019, p. 26) defende um engajamento político em torno da remuneração pela realização do trabalho doméstico e de cuidado e que “esses salários fossem pagos não pelos maridos, mas pelo Estado, como representante do capital coletivo — o verdadeiro ‘Homem’ que se beneficia do trabalho doméstico”. A ideia seria, para a pesquisadora, desmascarar o processo de naturalização que esse trabalho sofreu pelo fato de não ser remunerado. Vale ressaltar que o trabalho doméstico e de cuidado perpassa várias atividades do cotidiano e é essencial para a manutenção da vida diária dos membros das famílias e muitas vezes são realizadas de forma invisível, como exemplifica:

Trabalho doméstico estão compreendidas atividades que exigem realização diária, como preparo de alimentos, atividades feitas algumas vezes na semana, como manutenção da limpeza, do vestuário e compras. Outras

atividades podem ser feitas de modo programado, como jardinagem, pagamento de contas, pequenos reparos no domicílio. Existem, ainda, as atividades que são realizadas conforme as demandas, que é o caso das atividades de cuidado de membros da família, sejam eles crianças, enfermos ou idosos (JESUS, 2018, p. 17).

O relatório da Oxfam Internacional, intitulado “Tempo de Cuidar: o trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade”, já citado no capítulo anterior, demonstra que mulheres e meninas, principalmente as que vivem em situação de pobreza e pertencem a grupos marginalizados, dedicam gratuitamente 12,5 bilhões de horas todos os dias ao trabalho de cuidado e outras incontáveis horas recebendo uma baixíssima remuneração por essa atividade, calculando que esse trabalho agrega pelo menos US\$ 10,8 trilhões à economia. São números significativos e que, de certa forma, dão visibilidade e o tornam palpável do ponto de vista econômico. O trabalho doméstico e de cuidado sustenta uma grande massa de trabalhadores (e os futuros) saudáveis e em condições de produzir. Para demonstrar o trabalho intenso de cuidado realizado por uma das entrevistadas, que cuidou, por um determinado tempo, de sua avó, juntamente com outras mulheres da sua família. É possível perceber em seu relato que não obteve apoio do Estado na realização desse tipo de trabalho, como segue:

Eu cuidei da minha avó, que faleceu o ano passado, eu passei um ano na casa da minha mãe cuidando dela. Porque ela tinha Alzheimer e ela faleceu com 102 anos. Minha mãe estava muito atarefada, ela é costureira profissional e minha avó passou a precisar de mais cuidados. Aí passei mais de um ano na casa da minha mãe, indo e vindo para o Recife, por conta do meu esposo. Minha mãe colocou uma pessoa para cuidar, depois de um tempo ela sentiu que minha avó estava sendo maltratada pela pessoa. Então ela não confiou em mais ninguém. Aí eu me propus a ficar com ela, até ela morrer. Inclusive o último banho que foi dado nela, fui eu que dei e ela morreu nos meus braços. Ela foi muito bem cuidada por mim. Minha avó ficou acamada por três anos, usando fralda geriátrica, mas minha avó morreu sem nenhuma escara, com nenhuma lesão no corpo, muito bem cuidada por mim, por minha mãe e minha tia. Minha tia mora aqui em Recife, mas sempre estava lá, depois que ela ficou acamada, em estado vegetativo, em casa. Um ano antes a gente já começou a alimentar ela de mamadeira, ela virou uma criança. Ela faleceu super limpinha. O médico que ia lá, achava incrível ela estar tão perfeita, sem escara. Eu sempre mudava de posição. Passeava muito com ela na rua, ela gostava de ver a rua (E4, 43 anos, mulher trans, negra).

Em relação à remuneração para o desenvolvimento do trabalho doméstico e cuidado, as entrevistadas não reconhecem como algo necessário, mas como um trabalho impulsionado pelo afeto e amor, como afirma a entrevistada, quando perguntada se havia tido algum tipo de remuneração: “não, não. Nem que minha mãe quisesse, eu ia querer, de forma nenhuma. Pela minha avó eu faria tudo de novo” (E4, 43 anos, mulher trans, negra). Corroborando com tal questão, Federici (2019, p. 23) alerta que a

“diferença em relação ao trabalho doméstico reside no fato de que ele não só tem sido imposto às mulheres como também foi transformado em um atributo natural da psique e da personalidade femininas”. Ressalta-se que, conforme Jesus (2018, p. 21), “a socialização das mulheres, principalmente entre as camadas mais populares, segue voltada para a atividade doméstica não remunerada e esse processo se dá desde a infância”, assim como o trabalho de cuidado ficando a cargo exclusivo das famílias, como demonstra o depoimento que segue:

Já cuidei sozinha da minha avó, que faleceu em 2014, tinha Alzheimer e teve um AVC. Agora cuido só da minha filha, 24 horas por dia. Divido os cuidados com o pai da minha filha e agora com os meus pais porque estou internada (E2, 38 anos, branca).

Quando perguntadas se o fato de serem soropositivas trouxe mais ou menos obrigações de cuidar das pessoas, uma das pesquisadas responde que: “muda muito não. Um pouco. Tenho que me cuidar e trabalhar para cuidar do meu menino”, que tem um filho de 09 anos (E7, 42 anos, negra), porém indica sua mãe como a principal cuidadora da família e aquela que fornece o apoio necessário para a realização de suas atividades profissionais, cuidados da casa e do filho. A entrevistada E8 (37 anos, amarela) relata uma certa obrigatoriedade para realização desse tipo de trabalho, indicando que houve um aumento de atividades referente aos cuidados de sua neta, devido à dependência financeira e da sua necessidade de apoio familiar, segundo ela: “trouxe mais obrigações de cuidar, porque a gente precisa de ajuda”. Ainda acrescenta que:

Cuido da minha neta quando estou bem. A minha filha trabalha em banca de bicho. Fico com minha neta de 7 às 17h, às vezes passo direto, quando a mãe vai para casa do marido dormir lá. Não recebo nada. Tem que cuidar, essas meninas novas... (E8, 37 anos, amarela).

Para essa mulher o trabalho de cuidar de outra pessoa, no caso uma criança, tornou-se algo obrigatório, devido à sua pouca autonomia em relação ao seu sustento, considerando que recebe mensalmente apenas o valor referente ao Programa Bolsa Família. Enquanto para outra entrevistada, o trabalho de cuidado não causou nenhuma mudança e impacto a sua saúde, na ocasião em que cuidava de sua avó, ainda no início do tratamento.

Não mudou. Inclusive cuidava da minha avó, sozinha e eu já era soropositiva. A minha avó tinha Alzheimer e teve um AVC, trocava a noite pelo dia. Trabalhava a tarde enquanto ela dormia e passava a noite acordada com ela. Nem parece que isso aconteceu comigo, parece que estou contando a história de outra pessoa (E2, 38 anos, branca).

Porém, ao mencionar os cuidados realizados à sua filha na atualidade, já com importantes impactos na sua saúde, considera que influencia diretamente em seu tratamento e a realização do trabalho doméstico. Para ela, a sua não adesão está relacionada também ao baixo nível de qualidade no atendimento nos serviços de saúde, assim como pelo discurso constante dos profissionais de saúde, como se o processo de educação em saúde fosse transformado em um “sermão”, para ela, proporcionando o afastamento das (os) pacientes, como afirmou:

De certa forma prejudicou as atividades domésticas, porque havia uma rotina de exames. A assistência é medíocre, na média, por ser soropositiva. A mídia faz um bicho por causa da doença e o sistema não é eficaz. Tem profissional que tenta dar uma boa assistência, mas não consegue. Por isso tem abandono de tratamento (E2, 38 anos, branca).

A centralidade da família, em especial das mulheres, para a realização do trabalho doméstico e de cuidados é intensificada pela ausência de políticas públicas do Estado brasileiro na prestação de serviços à população, tais como: serviços de atendimento domiciliar, creches, lavanderias, entre outros serviços. Essas questões contribuem em partes, no acesso das mulheres, em especial aquelas que vivem com doenças com o peso e o estigma como o HIV/AIDS, aos serviços de saúde. Jesus (2018, p. 23) analisa que:

Na América Latina, assim como em algumas outras partes do mundo, os cuidados, sejam aqueles requeridos por crianças, adultos com incapacidades ou idosos, não possuem característica de direito dos cidadãos. Isso significa que o cuidado fica a cargo das famílias, mais especificamente das mulheres. A necessidade de cuidados é muitas vezes atendida segundo a disponibilidade privada de uma ou de um conjunto de pessoas, sejam da família ou de uma rede informal contratada. Assim, o bem-estar dessas pessoas fica sob responsabilidade das famílias e não do Estado.

Esse processo está mais aparente e em evidência nesse período de isolamento social, iniciado no Brasil em março de 2020, devido à pandemia do novo coronavírus. Muitas mulheres tiveram sua carga de trabalho doméstico e de cuidado não remunerado ampliado, tendo que realizar por mais horas as tarefas domésticas, cuidados diretos dos filhos, além de contribuir para o ensino formal das crianças e adolescentes. Algumas tiveram que dividir esse tipo de trabalho, e como Federici (2019) evidencia, é trabalho, com as atividades profissionais em domicílio e/ou, para profissionais de saúde e outros serviços essenciais, o trabalho externo. Para Santos (2020, p. 16), “nesse período de quarentena, é que as mulheres continuam a ter a seu cargo, exclusiva ou majoritariamente, o cuidado das famílias. Poderia imaginar-se que, havendo mais braços

em casa durante a quarentena, as tarefas poderiam ser mais distribuídas”. Essa sobrecarga de trabalho, mesmo para aquelas que possuem companheiros, “expressa claramente a divisão sexual e racial do trabalho”, em termos de Ávila, Ferreira e Arantes (2015, p. 12). Em tempos de pandemia e ausência dos serviços escolares e de creche, tornam mais evidentes o peso do trabalho doméstico e de cuidado, principalmente para as mulheres da classe trabalhadora. As autoras ainda consideram que:

Os movimentos das mulheres entre trabalho remunerado e trabalho não remunerado são marcados pela permanência da divisão sexual e racial do trabalho, dimensões que estruturam a divisão social do trabalho no capitalismo patriarcal e racista. No Brasil, se a participação das mulheres no mercado de trabalho se ampliou consideravelmente nas últimas décadas, este movimento não foi acompanhado pela ruptura das rígidas fronteiras da divisão do trabalho na esfera familiar (ÁVILA; ARANTES FERREIRA, 2015, p. 12).

Outra questão a ser evidenciada é que as mulheres de classe mais elevada, possivelmente, permanecem utilizando os serviços das (os) trabalhadoras (es) domésticas (os), tendo um menor impacto no cotidiano em relação à realização dos cuidados e trabalhos domésticos da família. Infelizmente, para essas trabalhadoras domésticas, a maioria negras, pardas e mulheres, houve um aumento da vulnerabilidade e possibilidade de uso da coação pelos empregadores nesse período de pandemia⁶⁸. Segundo o Ministério Público do Trabalho (MPT) orientou, por meio de nota, que “trabalhadoras e trabalhadores domésticos sejam dispensados do comparecimento ao local de trabalho, com remuneração assegurada, pelo período de isolamento ou quarentena de seus empregadores”, diz Silva (2020) em reportagem sobre o tema. Porém, essa recomendação foi burlada, ainda segundo a matéria, sob risco de demissão. Corroborando com tal discussão Ávila, Ferreira e Arantes (2015, p. 30) consideram que:

[...] o número global de mulheres empregadas no trabalho doméstico reduziu-se, porém ampliou-se o percentual de mulheres negras que compõem esse universo (em 2006, as mulheres negras eram 57% da categoria de trabalhadoras domésticas; em 2013, este percentual aumentou para 64,4%), o que indica que são as mulheres brancas aquelas que mais têm acessado outros postos de trabalho no período recente, no país, e o peso da imbricação entre divisão sexual e racial no trabalho na composição desta ocupação. O fato de as mulheres negras serem majoritárias na categoria e minoritárias entre

⁶⁸ SILVA, José Cícero da. **Trabalhadoras domésticas enfrentam coação de patrões durante a pandemia.** Agência Pública Ler matéria completa disponível em: <<https://apublica.org/2020/06/trabalhadoras-domesticas-enfrentam-coacao-de-patroes-durante-pandemia/>>. Acesso em: 1 jul. 2020.

aquelas com carteira assinada revela como esse campo de trabalho está estruturado pela coextensividade das relações de raça, de gênero e de classe.

Outro ponto a ser destacado foi o aumento dos casos de violência doméstica em todo o mundo durante o período de isolamento social. Segundo *Mlambo-Ngcuka* (2020)⁶⁹, “com 90 países em confinamento, 4 bilhões de pessoas agora estão se abrigando em casa contra a infecção global do novo coronavírus. É uma medida protetora, mas traz outro perigo mortal. Vemos uma pandemia crescente nas sombras, a da violência contra as mulheres”. Ainda considera:

Mesmo antes da existência da COVID-19, a violência doméstica já era uma das maiores violações dos direitos humanos. Nos 12 meses anteriores, 243 milhões de mulheres e meninas (de 15 a 49 anos) em todo o mundo foram submetidas à violência sexual ou física por um parceiro íntimo. À medida que a pandemia da COVID-19 continua, é provável que esse número cresça com múltiplos impactos no bem-estar das mulheres, em sua saúde sexual e reprodutiva, em sua saúde mental e em sua capacidade de participar e liderar a recuperação de nossas sociedades e economia. A ampla subnotificação de formas de violência doméstica já havia tornado um desafio a coleta de dados e respostas, menos de 40% das mulheres vítimas de violência buscavam qualquer tipo de ajuda ou denunciavam o crime (MLAMBO-NGCUKA, 2020)

No Brasil já há indicativos que houve um aumento de violências cometidas contra as mulheres durante a pandemia do novo coronavírus, incluindo o número de casos de feminicídio, como indica o relatório intitulado *Violência Doméstica durante a Pandemia de Covid-19*, produzido a pedido do Banco Mundial, do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP)⁷⁰, que cresceu 22,2%, entre março e abril deste ano, em 12 estados do país, comparativamente ao ano passado.

Pode-se analisar que esse processo é reflexo do modo de produção capitalista, do colonialismo e do patriarcado, que desde o século XVII são modos de dominação principais, de acordo Santos (2020, p. 11), tendo as seguintes características:

Para dominarem eficazmente têm de ser destemperados, ferozes e incapazes de se dominar, como adverte Da Vinci. Apesar de serem onnipresentes na vida dos humanos e das sociedades, são invisíveis na sua essência e na essencial articulação entre eles. A invisibilidade decorre de um sentido comum inculcado nos seres humanos pela educação e pela doutrinação permanente. Esse sentido comum é evidente e é contraditório ao mesmo tempo.

⁶⁹ Ler artigo completo disponível em: <<https://nacoesunidas.org/artigo-violencia-contra-mulheres-e-meninas-e-pandemia-das-sombras/>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

⁷⁰ Ler matéria completa disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2020-06/casos-de-feminicidio-crescem-22-em-12-estados-durante-pandemia>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

O autor ainda reforça que a quarentena será particularmente difícil para as mulheres e, nalguns casos, pode ser mesmo perigosa. Para ele, as mulheres são consideradas as cuidadoras do mundo e dominam na prestação de cuidados dentro e fora das famílias (SANTOS, 2020). Durante as entrevistas, identificou-se que todas as nove entrevistadas realizam ou realizaram atividades de cuidado, tendo apenas uma delas realizado esse tipo de trabalho de forma remunerada e extremamente precarizado, como demonstra o depoimento que segue:

Quando cuidava dos idosos dava banho, ajeitava eles, alimentava, trocava fralda. Meu marido ajudava no banho, porque eram pesados. Jesus levou os dois. A mulher se suicidou, eu já tinha largado do trabalho, estava em Igarassu. Quando ocorreu isso, queriam que voltasse ao trabalho para ficar com ela no hospital, mas eu não podia, já estava grávida. Não posso ficar em hospital para não pegar infecção. O idoso adoeceu, eu pedia para o filho levar para o hospital, criou feridas nas costas, mas o filho não queria levar o idoso para o hospital. Meu marido e a vizinha socorreram o idoso e o filho ficou com raiva. Deram alta ao idoso e depois voltou para o hospital. Aí me demitiu com raiva. A idosa sempre dizia: vou me suicidar. Ficavam 24 horas atrás dela. Tomava remédio e o filho dizia que ela ficava assim por falta de medicação. Só não se suicidou logo porque dizia que eu era filha de Deus, mas ela chamava tanto nome comigo e puxava meu cabelo (E3, 40 anos, parda).

A divisão sexual do trabalho se expressa e se materializa no trabalho produtivo e de reprodução social. Comumente, as mulheres são socializadas para exercerem determinadas atividades atribuídas a elas, como as de cuidado e trabalho doméstico. Os homens, por sua vez, são solicitados e educados para exercerem atividades que exigem atribuições de força, de lógica, de administração, tendo maior visibilidade para a sociedade. Para Ávila, Ferreira e Arantes (2015, p. 61):

A divisão sexual do trabalho é um mecanismo constitutivo do mundo do trabalho que sobrecarrega as mulheres com os afazeres domésticos e de cuidados e, entre outras circunstâncias, dificulta o acesso, a permanência e as possibilidades de ascensão profissional delas no universo do trabalho produtivo. Associam-se a ele outros dispositivos que dificultam ainda mais a inserção, com mais qualidade, das mulheres negras, como a divisão racial do trabalho, o diferencial de salários entre trabalhadores/as negros e brancos, o desemprego desigual por grupos raciais e a reprodução precária da força de trabalho negra.

Em relação às entrevistadas da pesquisa, demonstram que majoritariamente são elas ou suas mães que realizam o trabalho doméstico e de cuidados. Apenas uma delas indicou o marido como aquele que realiza tal trabalho. Assim como, quando necessário, o cuidado em ocasiões de maior necessidade de atenção à saúde, como relata:

Lá em casa quem cozinha é meu marido, a única coisa que gosto de fazer é limpar a casa, das vezes que estou muito cansada, o meu marido chama a menina que sempre faz. Além do que eu já tenho, eu já tinha asma, eu me canso rapidinho e se eu andar no sol fico cansada. Então assim, eu faço as coisas em casa, mas não com tanta frequência, quem faz almoço, tudo é ele. Ele adora a cozinha. Dou a cozinha todinha para ele. À noite quando eu chego, eu só faço me organizar para trabalhar no outro dia. Tomo meu banho, vou jantar e descansar. No final de semana, cuido da casa, quando tem alguma coisa que precisa eu ajudo ele. Eu gosto de fazer essas coisas. Até um dia desses dei uma de pedreira. Meu pai dizia, você deveria ter nascido homem (risos). Meu sonho era fazer mecânica, mas ele não deixava não, porque mulher era para ficar dentro de casa. Meu pai, meu Deus do céu, super machista. Meu pai era assim, mulher para ele, é aquele negócio, estar na cozinha e arrumando casa. Meu pai não deixava nem minha mãe trabalhar. Ela que era afoita, mesmo e começou a trabalhar. Estudar ele nunca interveio não. Ele nunca opinou. Querendo ou não, quem mandava mais era minha mãe (risos). Quem comandava praticamente era ela, ela botava para colégio, ele só fazia trabalhar e botar as coisas dentro de casa, mas quando ela decidiu trabalhar, o que eu soube era isso, minha avó contava, era uma briga os dois, meu Deus. Porque ele não queria que ela trabalhasse (E5, 42 anos, parda).

Especificamente a entrevistada em questão possui escolaridade maior do que as demais e trabalho formal remunerado, com a possibilidade de terceirizar de forma remunerada o trabalho doméstico. Também observou-se, de acordo com os depoimentos das mulheres, que aquelas com necessidade de cuidar de crianças pequenas e idosos têm uma sobrecarga de trabalho maior, bem como dedicação mais elevada do seu tempo. Em relação à divisão de tarefas de cuidados de idosos, crianças e do trabalho doméstico, a maioria conta com outras mulheres para realizá-las, conforme o depoimento:

Minha tia sempre estava lá. Ela ia duas vezes por mês, mas o cuidado direto era comigo, sempre. Depois que eu cheguei na casa da minha mãe, ela passou a não se preocupar mais com minha avó, por conta do meu super cuidado com ela, eu sempre fui muito apegado à minha avó, desde criança. Morei com minha avó quando era criança, então esse laço foi até ela falecer. Quando vinha pro Recife, resolver meus problemas do médico, a avó não comia (E4, 43 anos, negra).

Em relação ao trabalho doméstico e de cuidado, as mulheres pesquisadas afirmam realizar diversas atividades que demandam dedicação e um tempo importante de suas vidas. Como citam:

Fazia a medicação, alimentação, banho. Sempre fiz a alimentação da minha avó. Ela foi muito bem cuidada por mim e minha mãe. Minha mãe passou 14 anos com ela. Meu avó faleceu e deu minha avó para minha mãe cuidar, pois ela já tinha Alzheimer quando meu avó faleceu e disse: só você toma conta dela, mais ninguém. Meu avó faleceu com 85 anos, eles eram da mesma idade. Além da minha mãe tem mais duas irmãs. Na época minha mãe morava perto deles no interior e eu sempre morei aqui no Recife. Eu passei a cuidar agora, nos últimos 2 anos, quando minha avó já estava no terceiro estágio do Alzheimer, ela ficava as vezes agitada sem dormir. Ficava com ela à noite. Ela passava mais ou menos três dias em crise. O pé dela inchava

tanto, porque ela andava ainda. Eu estudei muito sobre o Alzheimer. Eu fiz o curso de Técnica de Enfermagem antes da avó (E4, 43 anos, negra).

Com a filha, que tem 09 meses, faço alimentação, banho, normal. Agora eu consigo tomar banho e me cuidar. No começo tinha mais dificuldades, devido a adaptação do pós-parto. Fiquei sozinha para cuidar da minha filha, depois fui me recuperando. Normalmente quando a pessoa tem filho, fica com alguém nas primeiras semanas, o marido, a mãe, mas eu fiquei só. Acho que quebrei os pontos da cesárea. No começo, no pós-parto, pagava uma pessoa para lavar minhas roupas. Não tem outra pessoa para fazer. Faço o que é prioridade (E2, 38 anos, branca).

Houve alguns relatos das mulheres, com filhos pequenos, que deixaram de realizar ou tiveram limitação no desenvolvimento de projetos profissionais e de estudo para dedicar-se aos cuidados com as crianças. Corroborando com tais relatos, a pesquisa realizada por Ávila, Ferreira e Arantes (2015) já indicava tal realidade, podendo dificultar a reinserção no trabalho formal. As sujeitas da pesquisa relatam que:

No caso, quem ficava com meu filho era a avó paterna. Esse é meu segundo casamento. Não deixei de fazer as coisas, quer dizer deixei, né? A gente deixa, a gente se abdicar sempre um pouco da vida, principalmente, questão de estudo, tive que largar o estudo por um tempo para poder criar do meu filho e pela questão financeira. Depois voltei a estudar, quando ele já estava com uns 6 anos. A avó dele (do filho) não queria que ele ficasse em hotelzinho, ela não deixava, em compensação me prendia pelo fato de dizer, tal hora tem que está em casa. Então quando me separei do pai dele, meu filho só tinha 2 anos, o pai dele me deixou. Aí eu vivia só para ele e para a casa. Limita muito. Quando eu escuto as mulheres dizerem 'aí eu quero um filho', eu falo meu Deus. Porque eu tenho costume sempre dizer, eu tirei na Mega-Sena, meu marido hoje, é um pai, é um marido, é amigo, é tudo, mas nem todo mundo tem essa sorte. Você pega tem um filho, eu tive meu filho com 20 anos, me casei super nova, por causa do meu pai. Porque meu pai era aquele, se você namorasse, passou mais de 1 ano, tinha que casar. Tive que casar. Ele dizia: filha minha não sai de casa! Só que estava trabalhando já, com 19 anos casei. Eu não tinha pretensão de casar, meu sonho de consumo aos 19 anos era ter meu trabalho, fazer minha faculdade e depois ter um filho, sem pai. Eu não queria marido, queria ter um filho sem pai. Nesse casamento não deu certo, a gente se separou. Aí vivi um período só, aí era quando a mãe do ex-marido ficava nessa pressão comigo (E5, 42 anos, parda).

No discurso de algumas das entrevistadas, foi possível identificar a infantilização do homem em relação à realização do trabalho doméstico e de cuidado, entendido ainda como ajuda, feita esporadicamente, não sendo compreendida como uma atividade que deve ser partilhada entre os membros da casa, como afirma uma das entrevistadas: “o meu marido faz atividades domésticas. O bichinho! Mas ele gosta...” (E5, 42 anos, parda). Outros depoimentos também fazem referência a essa questão:

Antes eu era cuidadora dos idosos. Agora só cuido da minha casa e da minha benção (ao se referir ao marido). Faço a comida. Meu marido não gosta de cozinhar. Às vezes ele joga o lixo fora, coloca a roupa na máquina, enche

água no balde, dá banho no cachorro, quando está em casa sem fazer nada. Às vezes minha a filha ajuda a varrer a casa, arruma a cama, dobra roupas e ajcita a bolsa (E1, 27 anos, parda).

Eu gosto das minhas atividades domésticas. Não gosto de estar parada. As mulheres de lá de onde eu moro, me chamam de mulher guerreira. O meu marido ajuda. Quando estou enjoada ele faz o almoço. Antes de ficar grávida ele fazia também. Se for possível até a roupa ele lava, mas não deixo porque prefiro fazer. A cozinha é da mulher, meu marido ajuda. Dá até raiva. Às vezes mando ele ir trabalhar (E3, 40 anos, parda).

Geralmente, esse negócio mesmo de arrumar quarto, dobrar roupas, essas coisas têm que ser tudo comigo. Passar roupa, porque ele já não sabe, tem que ser eu. De vez em quando ele até dobra, mas aí vou lá e tenho que dobrar tudo de novo. Eu tenho TOC. Aí meu filho diz, mainha a senhora tem TOC. Tenho não, meu filho. Eu fico no pé dele, esse guarda-roupa, bora dobrar tudo de novo. Ponho para lavar, sempre sou eu, porque separo as roupas por cor. Quando ele pega as roupas, pega o cesto de roupas e põe na máquina (E5, 42 anos, parda).

As narrativas das sujeitas da pesquisa revelam ainda uma forte atribuição e sobrecarga das mulheres na realização do trabalho doméstico e cuidado, fortalecido pela divisão sexual do trabalho e a centralidade na família para realização na manutenção de seus membros, tão essencial para sustentação do trabalho produtivo. Como afirma Miotto (2015, p. 700):

A intensificação dos mecanismos de privatização da seguridade social, por exemplo, como procedimento essencial para o processo de acumulação capitalista, evidencia a família como um importante canal para ativação desses mecanismos, especialmente quando envolve a questão dos cuidados aos seus membros dependentes. Dessa forma, ela é recolocada como um elemento-chave na configuração dos sistemas de proteção social. Isso ocorre justamente no momento em que se aumenta a capacidade do capitalismo de mercantilizar as atividades humanas e em que os serviços são alvo importante de atividades lucrativas.

Além desse fato, é possível identificar a omissão do Estado na implementação de políticas públicas, incluindo a igualdade de gênero, por meio do acesso das mulheres a bens e serviços adequados a sua manutenção e de sua família. Em relação às mulheres soropositivas, principalmente para aquelas com filhos pequenos e cuidadoras de pessoas idosas, o trabalho de reprodução passa a impactar em alguns direitos, dentre eles ao acesso aos serviços de saúde, não apenas na especialidade de infectologia para o tratamento do HIV/AIDS, como também a outras especialidades. É possível visualizar outras dificuldades, como acesso ao trabalho produtivo, benefícios e à reprodução sexual.

4.2.5. Autocuidado no cotidiano das mulheres soropositivas e o acesso aos serviços de saúde.

Em um cotidiano atribulado pela realização do trabalho produtivo e de reprodução social, principalmente por aquelas mulheres que necessitam cuidar de crianças, pessoas idosas e/ou pessoas com algum tipo de deficiência, seu tempo, muitas vezes, é subtraído e apropriado pelas famílias e o capital, como alerta Ávila (2004, s/p) “a utilização desse tempo é definida pelos interesses da acumulação capitalista e do poder patriarcal. É, portanto, um tempo cujo uso está marcado pelas relações de classe e de gênero”. Ainda reflete que:

O tempo do cuidado com a reprodução da vida das pessoas não é levado em conta na distribuição do tempo dentro da relação produção x reprodução. O período dedicado ao descanso, ao lazer, à reposição de energia é aquele que sobra das atividades produtivas. A duração dessa “sobra” é fruto de processos históricos, de transformações nas relações sociais entre capital e trabalho. Não é o mesmo em todo lugar, nem para todos/as trabalhadores/as (ÁVILA, 2004, s/p).

Para aquelas mulheres que estão inseridas no mercado de trabalho, principalmente as da classe trabalhadora, no âmbito familiar permanecem com a incumbência de utilizar seu tempo na realização do trabalho doméstico e de cuidado, que muitas vezes se torna exaustivo em seu cotidiano, normalmente, elas “transitam entre um espaço e outro arcando com todas as incompatibilidades da divisão do tempo social e sujeitas à desigualdade da divisão sexual do trabalho”, como afirma Ávila (2004, s/p). E para as mulheres que terceirizam o trabalho doméstico, a elas são atribuídas a administração da casa, como afirma Hirata e Kergoat (2007, p. 607) “mesmo que exista delegação, um de seus limites está na própria estrutura do trabalho doméstico e familiar: a gestão do conjunto do trabalho delegado é sempre de competência daquelas que delegam”. Em relação às atividades do trabalho doméstico, Ávila (2007, p. 49) destaca que:

O trabalho doméstico implica tarefas de cuidado com a casa, com a preparação dos alimentos e vestimentas, o autocuidado, o cuidado direto com as pessoas, sobretudo crianças e idosas que não têm condições de se autoproduzir. Mas esse cuidado, é importante salientar, é constituído também pela relação de afetividade e de aconchego. É uma prática social de trabalho, a qual envolve questões objetivas e subjetivas, e requer conhecimentos técnicos e sensibilidade humana. Essa prática social é também desenvolvida como parte da relação em família e está envolta por tensões trazidas pelas desigualdades de gênero na vida cotidiana.

Esse tipo de trabalho requer “esforços, saberes, energia corporal (incluída a gestação e reprodução biológica), cuidados diretos dos corpos físicos, o ensino da

linguagem e a disponibilidade emocional”, como afirma Ferreira (2017, p. 94). Esse processo intenso de cuidar de outro, que vai além de sua materialidade dos cuidados diretos (higienização, dar comida...), inclui os aspectos subjetivos e de afetividade com os sujeitos, muitas vezes, essa intensidade de trabalho e dedicação afeta o autocuidado das mulheres, que nem sempre podem recorrer, em termos de Ferreira (2017) ao recurso de cuidado profissional, que segundo a autora ainda restrito às classes médias e burguesas, considerando o alto custo destes serviços.

O autocuidado muitas vezes relacionado à forma como a própria pessoa realiza seu cuidado, traz uma dimensão de amor a si mesma (o), em termos de Boff (2017). Esse termo é bastante utilizado no âmbito da saúde, principalmente na área de enfermagem, para avaliar os (as) pacientes que podem desenvolver tal ato de forma autônoma. Porém, essa dimensão deve vir mediada, pela análise das determinações sociais, no qual o sujeito está inserido na sociedade. Em relação ao processo saúde e doença, Laurell (1976, p. 12), traz como reflexão a necessidade de “demonstrar que a doença, efetivamente, tem caráter histórico e social”. Não podendo ser vista apenas como um caráter unicamente biológico, sendo os sujeitos apartados do seu processo social. Ainda para ela:

Surge, imediatamente, uma pergunta: por que o processo saúde-doença tem caráter social, se é definido pelos processos biológicos do grupo? Pensamos que seja assim por duas razões parcialmente coincidentes. Por um lado, o processo saúde-doença do grupo adquire historicidade porque está socialmente determinado. Isto é, para explicá-lo, não bastam os fatores biológicos, é necessário esclarecer como está articulado no processo social. Mas o caráter social do processo saúde-doença não se esgota em sua determinação social, já que o próprio processo biológico humano é social. É social na medida em que não é possível focalizar a normalidade biológica do homem à margem do momento histórico. Isso se expressa, por exemplo, no fato de que não é possível determinar qual é a duração normal do ciclo vital, por ser ele diverso em diferentes épocas. Isto leva a pensar que é possível estabelecer padrões distintos de desgaste-reprodução, dependendo das características da relação entre o homem e a natureza (LAURELL, 1976, p. 12).

Esse processo é marcado no atual sistema capitalista, pela desigualdade e pobreza que conforme Vieira (2011, p. 62) “não são necessariamente os mesmos, podendo ir da barbárie à cidadania em diferentes países e regiões”. A perspectiva de autocuidado também perpassa por essa desigualdade social, de raça e gênero. Pesquisas demonstram que mulheres com maior escolaridade e que se autodeclaram não negras (RAMOS, 2015) têm maior acesso a lazer e possivelmente, ao cuidado de si mesma. Entre as entrevistadas, apenas duas citam realizar atividades de lazer continuamente. A

primeira delas, justamente aquela com a maior escolaridade e a segunda, sem nenhum membro da família para realizar os cuidados, como segue relato:

A gente vai muita à praia, temos uma casa de praia e costumamos frequentá-la. Vamos muito ao cinema também (E5, 42 anos, parda).

Quando meu marido está em casa, ele dorme porque trabalha muito. A gente sai mais, eu gosto de passear, de comer fora, pelo fato de não saber cozinhar. Ele pede para eu fazer um curso de culinária e eu falo Deus me livre! Quero não! (E4, 43 anos, mulher trans, negra).

Outra entrevistada, apesar de não cuidar diretamente de outros membros da família e morar sozinha, diz que a dança era utilizada como seu momento de lazer, porém devido às doenças, decorrentes do HIV, que afetaram diretamente sua saúde, a limitam em desenvolver esta atividade, que trazia prazer, como afirma:

Meu projeto era gafeira. Dava comida e botava os meninos para dormir e ia para gafeira, que era mais perto de casa, qualquer coisa eu estava lá em casa, olhando eles. Nunca deixei eles abandonados, não. Nunca saí para chegar no outro dia e deixar eles. Sempre eu vim em casa. Depois disso (do diagnóstico) deixei de beber e ir para a gafeira. Não aguento mais! Se eu for, não aguento voltar, por causa das pernas (E9, 52 anos, negra).

Para outra entrevistada, o processo de autocuidado perpassa pelo acesso à alimentação adequada e equilibrada, indo além do uso da medicação prescrita pelo médico. A usuária critica constantemente esse saber médico e o protocolo de atendimento. Vale ressaltar que tem dificuldades em aderir ao tratamento, já apresentando, no último internamento, algumas doenças oportunistas. Apesar dessa não adesão afetar sua saúde, a observação da entrevistada traz para reflexão a centralidade do conhecimento técnico, como avalia Rocha (2011, p. 79) “o sujeito de poder continua no saber científico e nas políticas governamentais”. Sobre esse aspecto, a entrevistada revela:

O problema são os remédios. Caso você tenha uma qualidade de vida, não precisa de medicação. O que é essa qualidade de vida? Boa alimentação, suplemento, exercício físico, bom sono, a questão espiritual, família... é preciso ter um controle, ser regrado. Se a pessoa vive sem limites, vai influenciar. Entendo que você é especial (no caso, a pessoa que vive com HIV). Também para não tomar remédio sem necessidade. Vida regrada! Compromisso com você! Mesmo na época que minha avó estava doente, fazia exercício em casa, o mínimo que fizer já serve. A minha mente e corpo não podiam ficar parados. Dormir bem influencia. Outra coisa, é não tomar remédio controlado (E2, 38 anos, branca).

Essa questão traz à tona a necessidade de revisitar e ampliar o processo de educação em saúde, a partir do campo democrático e na direção dos direitos humanos, qualificando a escuta das (os) usuárias (os) nos serviços de saúde, com intervenções que estejam direcionadas para a garantia do acesso, considerando os aspectos sociais e subjetivos dos sujeitos. Rocha (2011, p. 61) considera que “a adesão do tratamento também é analisada por ativistas como um espaço revelador de desigualdades. Manter o tratamento é um desafio, pois significa tomar uma quantidade significativa de comprimidos ao longo do dia”. Além disso, alguns usuários no cotidiano do hospital, demonstram receio em utilizar as medicações em outros espaços de convivência, podendo ser demonstrada na fala a seguir:

Mudou a rotina. Uma pessoa normal é uma coisa, as pessoas que vivem com HIV é outra, porque remédio é constante, para onde você vai tem que levar a farmácia junto e tem muitos cantos que você chega, né? Não pode. Tem até receio de tomar medicação por causa das embalagens. Quando eu viajo, eu boto dentro de uma caixinha. O que é isso aí? Vitamina. Me dá uma? Pode não. Fora isso.... (E9, 52 anos, negra).

Dentre outros motivos, o uso da medicação constante e seus efeitos colaterais trazem impactos à vida cotidiana das mulheres. Das nove entrevistadas, quatro delas interromperam em algum momento o tratamento e uma era diagnóstico inicial, portanto ainda não havia iniciado os antirretrovirais, conforme depoimentos:

Parei o tratamento. O médico vai me dar uma bronca (risos), um ano sem tomar, porque me sentia mal, sem paciência. Tomava meio doido, um dia e outro não. Agora estou tomando. Faltei algumas consultas por causa do trabalho, como a gente trabalha por escala, se faltar toma uma medida disciplinar. Melhor faltar aqui, do que tomar uma medida (E7, 42 anos, negra).

Parei muitas vezes o tratamento. Tenho preguiça. É muito cansativo mesmo. Desde o começo parei. Não quero vir. Cheguei a tomar medicamentos. Não senti nada. Agora é ficar quieta, baixar o facho. Minha neta me mata. Fico muito cansada (E8, 37 anos, amarela).

Esses depoimentos são compatíveis com os achados e resultados de outros estudos, quando é possível identificar a influência da sobrecarga do trabalho doméstico e de cuidado no tratamento da E8. Enquanto a outra entrevistada realizava trabalho formal, precarizado, explorado e que exigia o cumprimento de metas, entre outros fatores, influenciando na adesão do tratamento e acesso ao serviço de saúde. Outra entrevistada aponta não ter tomado a medicação, pelo atraso dos antirretrovirais, como informa:

Uma vez, por não ter no hospital. Passei 15 dias sem tomar, porque teve um problema aqui no Oswaldo Cruz, aí não tinha. Foi uma questão do serviço, não foi por mim, de forma nenhuma. Venho periodicamente, quer dizer eu faço três consultas por ano, mas medicação eu pego todos os meses. Aí eu fico pegando dois meses (a receita), porque viajo muito. Vou muito na casa da minha mãe, aí geralmente eu pego, agora mesmo em dezembro vou ter que pegar já de janeiro, porque em janeiro não vou tá aqui (E4, 43 anos, mulher trans, negra).

Durante o período das entrevistas, não foi indicado novamente falta de medicação na farmácia ambulatorial do hospital. Segundo informações de um dos profissionais do hospital, especificamente da farmácia ambulatorial, pode haver algum atraso da medicação, mas não há relatos de falta dos antirretrovirais.

Apesar de ser garantido pelo SUS o acesso à medicação, ainda é possível visualizar a falta de identificação de algumas usuárias (os) com as unidades de saúde. O depoimento que segue, é bastante relevante, sendo possível refletir como esses serviços estão acolhendo e realizando aproximação das (os) usuárias (os) como demonstra:

Não parei nesse ano. Parei antes, em 2010. Quando foi em 2013, quase fui para o buraco. Eu fazia tratamento no Lessa de Andrade, foi quando eu parei o tratamento e internada no IMIP. Comecei a fazer tratamento no IMIP, mas eu já estava cheia de tanto olhar para a cara das enfermeiras lá. Foi quando conversei com uma colega minha, que faz tratamento aqui. Aí ela me trouxe para cá, já vai fazer três anos. Inicialmente interrompi porque desde 2002, assim que descobri meu diagnóstico, eu fui diretamente para a medicação. Aí quando foi em 2009, meu organismo já estava saturado, eu senti enjoo, sentia ânsia, o mesmo sintoma que senti no começo do tratamento, eu comecei a sentir de novo e ainda por cima cai no meio da rua. De repente minha vista escurecia e minha pressão baixava e já era. Cheguei para a Dra. e conversei com ela. Dra. dá para fazer um exame, para saber o que está acontecendo? Porque eu estou tomando a medicação e estou passando mal e caindo na rua. Dá última vez que caí, se meu marido não tivesse comigo eu tinha morrido, porque bati o peito no meio fio. Eu fiquei procurando ar e não conseguia respirar. Passei mal, se eu tivesse só, tinha morrido. Aí cheguei a médica e mostrei o hematoma que estava e ela disse que não podia fazer nada, que eu tinha que continuar tomando a medicação, que no momento não podia fazer outro exame. Não vai fazer não? Beleza, peguei o cartão e a receita da mão dela e rasguei. Aqui não piso mais! Ela disse que não podia fazer nada por mim. Eu disse: você pode! O problema é esse, a Sr.^a. pode, a Sr.^a não quer. Pronto! Passei um bom tempo sem tomar a medicação. Aí meu organismo, logo no começo não teve aquela reação, passei quase 2 anos. Aí depois comecei a ter uma reação não comia, não dormia mais, só me sentindo mal. Comecei a visitar os hospitais, fui bater no Hospital Otávio de Freitas, porque peguei tuberculose lá. Fui para o Hospital Correia Picanço cheguei lá contraí uma gripe. Cada hospital que eu vou, vou adquirir uma coisinha, aí fiquei em casa. Estava prostrada na cama, não saía para nada, já estava defecando e urinando na cama. Aí meu marido me botou nos braços e me levou para o IMIP. Chegou lá, graças a Deus cuidaram de mim, com toda ignorância, mas cuidaram. Em todo lugar que eu chego perguntam você fuma? Pomba, eu sou fumante minha gente! Quem é viciado, não gosta de ser julgado. Vou

esconder? Para depois alguém me pegar escondido fumando? Eu tenho que dizer, sou fumante, sou possessiva!!! Se eu tiver atacada, fumo duas carteiras por dia, mas se eu tiver calma fumo uma ou meia, por aí. Não passa de uma. Tudo que me ensinaram para deixar esse bendito, eu já fiz. Todas as simpatias. Já me aconselharam a procurar o CAPS, mas vou fazer o quê no CAPS? Vão me comparar com drogado? Eu uso cigarro, eu sei que cigarro é uma droga, mas para mim droga é maconha e crack. Eu vou me misturar com aquele povo? Eu já tenho medo do povo passar e me ver em um canto que se refira as pessoas que tem HIV, imagina eu me misturar com esse povo. Aí é muita coisa para minha cabeça. Por mim não! O que os outros disserem, para mim... Desde que não mexa com minha família (E9, 52 anos, negra).

Tais fatos vão de encontro aos princípios do SUS construídos a partir da Reforma Sanitária e de lutas dos movimentos sociais. Alguns desses princípios se referem, conforme a Lei 8080/1990, à universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde, entre outros princípios, na realidade não são seguidos na íntegra. De acordo com Soares (2010, p. 16). “as grandes mudanças e alterações na política e no Sistema Único de Saúde ocorrem por dentro do sistema e foram apresentadas como um aperfeiçoamento de sua estruturação”. Conforme Bravo, Pelaez e Menezes (2020), consideram que o SUS é fruto das disputas entre projetos antagônicos existentes na sociedade brasileira desde antes da redemocratização e da Constituição de 1988. Para elas há:

Disputas que podem tencionar a política de saúde no sentido da consolidação e fortalecimento do SUS ou na direção oposta. Importa compreender como as propostas e disputas que se apresentam no atual governo e no seu antecessor tem fortalecido o projeto privatista e, principalmente, o que caracterizamos como o projeto do SUS submetido totalmente ao mercado (BRAVO; PELEAZ; MENEZES, 2020, p. 193).

Em relação a essas disputas Soares (2010)⁷¹ e Bravo, Pelaez e Menezes (2020)⁷² indicam que nesse bojo há o movimento de disputas entre a reforma sanitária, o projeto privatista e da reforma sanitária flexibilizada ou o “SUS Possível”. É importante entender essas disputas considerando que afetam diretamente as (os) usuárias (os) do sistema de saúde, para além das particularidades, assim como os profissionais que

⁷¹ Para aprofundamento desta questão, ler: SOARES, Raquel Cavalcanti. A contrarreforma na política de saúde e o sus hoje: impactos e demandas ao serviço social. Recife: A Autora, 2010 (tese).

⁷² Para maior detalhamento ler Bravo, Pelaez e Menezes. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020.

atuam e materializam as ações dessa política, também passíveis de sofrerem com tais impactos. Este processo deve ser pensando no sentido de desvelar sua essência, rompendo com as questões individuais, mas compreendendo esse movimento como um processo social e historicamente construído que atende aos interesses econômicos e políticos. Soares (2010, p. 63) analisa que:

[...] a racionalidade hegemônica na política de saúde hoje, apesar de ser uma construção ideal do pensamento formal abstrato com a influência também do pensamento irracional pós-moderno, é determinada historicamente e, portanto responde às necessidades da realidade objetiva. Os conflitos oriundos do aparente deslocamento dos seus fundamentos com a materialização cotidiana do SUS, na verdade, que estes compõem uma mesma lógica institucional. Tenta-se, pois, a todo custo mistificar e obliterar qualquer possibilidade de desvelamento das necessidades sociais no sistema e quais as suas raízes políticas, econômicas, históricas e sociais.

Na atualidade é possível identificar veementemente a materialização do desmonte da Política de Saúde, por um governo que tem como direcionamento em suas ações e discurso o genocídio da população mais vulnerável, principalmente, no contexto de pandemia. Ainda sobre esse tema, para o médico Arnaldo Lichtenstein, diretor do Hospital das Clínicas de São Paulo, em entrevista ao Jornal da Cultura, em relação ao atual presidente e sobre seu discurso, diz que não é apenas uma fala de anticiência a postura de Jair Bolsonaro, que sabota, a todo momento, as medidas necessárias para conter a pandemia de coronavírus, por trás da proposta de isolamento vertical não está apenas a preocupação com a economia, mas uma ideologia muito mais perigosa, que é a eugenia (REDE BRASIL ATUAL, 2020). Segundo o médico:

Se a gente pegar pedaços da fala, tem uma lógica intensa. Isso chama eugenia. Lembrem-se que sistema político mundial usava isso. Quando você fala ‘que morram os vulneráveis’, para termos uma geração saudável, pode ser que esteja permeando essa história de ‘vamos acabar logo com essa tortura, não vamos ter o derretimento da economia’. É uma coisa muito mais perversa do que simplesmente não acreditar na ciência. É um outro tipo de teoria que pode ser muito pior do que isso

Não longe desse processo, mas inserido nele, “a epidemia da AIDS pode ser entendida dentro de um sistema de relações específicas inseridas no modo de produção capitalista”, diz Rocha (2011, p. 78), que também considera que esta deve ser analisada como uma “cristalização da contradição do sistema capitalista e patriarcal”. Segundo Rocha (2011, p. 78):

A AIDS é objetivada a depender dos interesses subjacentes ao campo política que está em disputa. Nessa direção, as relações de poder criam posições e estratégias para agir sobre uma realidade que não é concreta, nem real. Observam-se os múltiplos sentidos de epidemia, ou as múltiplas determinações que conferem a urgência de enfrentar a epidemia, confundem-

se com a racionalidade dos projetos, programas e convênios, limitando as possibilidades de respostas institucionais ou de mobilizações sociais mais complexas.

Essas limitações são objetivadas no cotidiano das mulheres que vivem com HIV/AIDS por meio da dificuldade no acesso aos serviços de saúde para acompanhamento ambulatorial de outras especialidades, seja por medo de outros profissionais descobrirem seu diagnóstico, por medo de estigma, discriminação ou por considerarem o serviço com baixa qualidade. Tais questões afetam diretamente a saúde integral dessas mulheres.

Não vou ao PSF. Venho ao dentista no HUOC, mas tenho muita dificuldade para marcar, se ligar só vão marcar daqui a 6 meses. Poderia ir no particular, mas aí teria que falar do que tenho, acho importante falar. Quando fui para a UPA disse também para a médica, até para passar os exames certos. O meu ginecologista é no CISAM, mas é um processo para marcar (E7, 42 anos, negra).

Eu era acompanhada pelo psiquiatra, mas ele faleceu. Meu padrasto vai tentar conseguir novamente. No PSF só vacina. Parei de procurar o ginecologista, porque tive desgosto. Vejo todo mundo feliz! (E6, 35 anos, parda).

Eu só sou acompanhada pelo médico infectologista e o dentista aqui no hospital. Não vou ao PSF. Aquele posto e nada é a mesma coisa. Não serve para nada, nem para poder pegar um dipirona para dor de dente. Ao ginecologista, meu pai eterno, nem sei qual foi o ano. Eu fiz um exame ginecológico lá nesse posto. Você acredita que faz mais de anos e nunca recebi o resultado? Eu já nem procuro mais, já fui tanto lá, atrás desse resultado desse exame. Sabe de uma coisa? Desisto! (E9, 52 anos, parda).

As trajetórias e vivências dessas mulheres não podem ser analisadas de forma deslocada do contexto da realidade social e da desigualdade de gênero. A agenda que se refere à integralidade⁷³ no atendimento as (aos) usuárias (os) do SUS não é efetivada. De acordo com Rocha (2011, p. 116) a “integralidade continua limitada aos aspectos da reprodução biológica, permeada por outras medidas de proteção à saúde das mulheres, mas que não concretiza o ideal de saúde integral”. Além disso, foi indicado pelas entrevistadas a falta de flexibilidade no acesso, na marcação e no atendimento das unidades de saúde, principalmente em relação às outras especialidades. Outro ponto a ser considerado é que o receio em ser discriminada e a possibilidade de

⁷³ Conforme a Lei 8.080/1990, a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

compartilhamento do diagnóstico para outras pessoas limitam as mulheres no atendimento nos serviços de saúde, em especial daquelas que acessam exclusivamente o SUS.

Faço tratamento aqui com o reumatologista, não tenho dificuldades para marcar. A médica pede para vir tal dia para fazer a marcação, e tenho que vir, se não perde. No posto só vou ao ginecologista. Lá todo mundo se conhece... Tenho dificuldade de conseguir consulta com o pneumologista, desisti e oftalmologista, que está suspenso. Também tenho dificuldade em ter a medicação do Lupus na farmácia do Estado, às vezes não tem e a cada 3 meses tem que renovar a receita. Costumo comprar. Tomo dois remédios, um de R\$ 80 reais e outro de R\$ 26 reais. A médica passou prednizona que custa R\$15 (E1, 27 anos, parda).

Outro depoimento expõe também a falta de flexibilidade dos serviços de saúde, especificamente a entrevistada E2 expressa não acreditar no tratamento, que dificulta sua adesão, e não concordar com as abordagens dos profissionais de saúde quando direcionam o atendimento a partir da culpabilização da usuária, pelo avanço da doença. Outro fator importante trazido foi a sobrecarga de trabalho doméstico e de cuidado não remunerado a partir do nascimento de sua filha, considerando não ter todo apoio de familiares. Especificamente relata só ter procurado outros profissionais médicos na ocasião de sua gestação, conforme depoimento:

Só quando precisei ginecologista/obstetra para o parto, mas depois parei. Procurei o Clínico Médico por causa da perda de peso e tentou várias coisas, mas não deu certo. O médico orientou que eu precisava fazer o tratamento para o HIV. Quando fui para a UPA e transferida. Muito desgaste desde o nascimento da minha filha. Não cuidei de mim mesma! Juntou tudo, não tinha quem ajudasse, só fazia chorar, fui me prejudicando. Quando estava cuidando da minha avó fazia tudo, trabalhava, ia à igreja. O transporte é por sua conta. Não tem ajuda, se perdeu o horário... o serviço é sem misericórdia (E2, 37 anos, branca).

Em relação à entrevistada com maior escolaridade e acesso formal ao trabalho, o atendimento médico de outras especialidades e as consultas de rotina, relata não ter dificuldades:

Faço acompanhamento com ginecologista no hospital em que trabalho. Eu sempre tenho consulta. Vou fazer uma cirurgia de pedra na vesícula. A princípio é uma colega minha, uma conhecida, que vai me acompanhar. Você sai no outro dia, é por vídeo (E5, 42 anos, parda).

Foi possível identificar que, na perspectiva das usuárias, o atendimento adequado parte de um contexto individual dos profissionais, como se estivessem apartados das instituições e de um contexto mais amplo. Não foi citado por nenhuma entrevistada a necessidade de procurar outros profissionais não médicos, ou seja, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros, assim como espaços de denúncias, reclamações, participação e controle social. Corroborando com tal questão Vilela e Barbosa (2017, p. 94), em pesquisa realizada com mulheres que vivem com HIV/AIDS, explicam que “o processo de estabelecimento de novos vínculos pós-diagnóstico não incluiu a inserção em movimentos de defesa de direitos das pessoas com HIV, uma das principais estratégias desenvolvidas nas primeiras décadas da epidemia para o enfrentamento do estigma”. Apesar da reflexão trazida pela entrevistada, em relação à necessidade de melhoria no serviço, esta não expôs como estratégia a importância da mobilização e participação social.

Acho que o atendimento deveria ser melhor, não dos médicos, mas das enfermeiras. Eu sei que tem muitos pacientes complicados, mas deveria melhorar. Faço de tudo para não dar trabalho. No HUOC tem uma atenção com a gente (7E, 42 anos, negra)

Apesar dos avanços e amplo acesso da população às medicações para o tratamento de HIV/AIDS, fornecidas pelo Estado brasileiro, o acesso aos serviços de saúde é marcado pelo estigma, violência, precarização e rigidez quanto ao atendimento as (aos) usuárias (os). Esse é um reflexo de um direcionamento mais amplo, de cortes importantes no financiamento da Política de Saúde e da centralidade do paradigma biomédico e nos processos de trabalho em saúde conduzidos por profissionais de Medicina. É possível identificar poucos investimentos na atenção à saúde que priorize o atendimento interdisciplinar, com olhar integral, propondo a construção de projetos individuais para cada usuária (o) do serviço, que valorize a sua autonomia e os direitos sociais e humanos. Por fim, destaca-se a importância também de se considerar as diferenças regionais, assim como os aspectos relacionados a gênero e raça para a construção de políticas institucionais e políticas públicas que possam contemplar amplamente as questões que impactam, em especial, a vida das usuárias dos serviços.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, a dissertação teve como percurso para a sua construção as observações feitas a partir do cotidiano profissional, especificamente das mulheres que vivem com HIV/AIDS, que durante os atendimentos expressavam algumas limitações para acessar programas e benefícios sociais. Além da carga de responsabilização quando tinham crianças que necessitavam realizar também o tratamento para HIV/AIDS.

Diante das observações da realidade, nas primeiras aproximações ao campo de pesquisa, e a participação das aulas do Mestrado em Serviço Social, a autora decidiu realizar uma pesquisa que pudesse analisar a exploração e a apropriação do tempo das mulheres soropositivas no trabalho doméstico e de cuidado e se esse tipo de trabalho causava impactos na sua saúde. Para tanto, considerou-se os dados estatísticos que já demonstravam haver diferenças entre as regiões do Brasil, quanto ao número de óbitos entre as mulheres, sendo o Norte e o Nordeste brasileiro as regiões com números significativos em relação aos dados epidemiológicos de morbimortalidade entre mulheres soropositivas.

Nesse sentido, para construção do objeto de estudo, foi necessário compreender teoricamente a divisão social e sexual do trabalho, levando em conta os aspectos referentes a raça/cor, dentro do modo de produção capitalista e patriarcal. Partindo dessa análise, foi possível identificar expressões da opressão em diversos campos da sociedade, seu atrelamento ao discurso conservador, com centralidade na família e de cunho religioso. Atualmente identificou-se a exacerbação da naturalização das diversas violências praticadas contra as mulheres, incluindo a perda de espaços para discussão acerca dos direitos sobre o corpo, compatível com o que Federici (2019) convencionou dizer “a volta a caça às bruxas” ou como analisaram Corrêa e Kalil (2020) quando se referem às políticas antigênero no Brasil e na América Latina. Evidentemente essas políticas, estão atreladas a um desmonte, assim como pode-se afirmar o redirecionamento das políticas públicas, permeadas por um discurso ultraconservador e ultraneoliberal, com rebatimentos importantes na Política de HIV/AIDS, em especial sobre a sexualidade e formas de prevenção no âmbito do HIV/AIDS.

Identificou-se que as ações no campo das políticas públicas para a população que vive com HIV/AIDS, apesar do avanço ao longo dos anos e seu reconhecimento nacional e internacional, no Brasil, atualmente, passa a ser centrada no sujeito, a partir

de uma visão moralista e de culpabilização das pessoas vivendo com HIV/AIDS. Anteriormente autores discutiam um direcionamento das campanhas educativas com aspectos que já apontavam para ações mais conservadoras em detrimento de campanhas de prevenção que contemplassem abordagens que tratassem dos direitos sexuais e reprodutivos, a partir de uma concepção de direitos humanos e com base democrática. Em relação às mulheres, constantemente há o bombardeio ideológico em direção ao controle sexual e do corpo feminino, assim como a padronização do seu comportamento e sujeição às normas da sociedade patriarcal. Essas tensões se dão com o apoio de alguns setores da sociedade civil com orientação à extrema-direita e calcado no discurso de afastamento do Estado laico.

Esses movimentos não estão apartados dos interesses de uma conjuntura mais amplos de restauração e consolidação política de forças conservadoras. No Brasil, tornou-se evidente no atual governo de Jair Bolsonaro (2019...) a fragilização e desmonte na política de atendimento à população que vive com HIV/AIDS, ficando distante do que preconizam os organismos internacionais, a exemplo da UNAIDS, que estabelece metas para acabar com a epidemia de AIDS, assim como a eliminação do estigma, da discriminação relacionadas ao HIV, da desigualdade de gênero e pôr fim a todas as formas de violência contra as mulheres e meninas vivendo com HIV e populações-chave. Essas questões trazem rebatimentos importantes na vida das pessoas soropositivas, sendo agravada com a perda e a fragilização dos espaços de controle social, que enfraquecem o avanço nas discussões sobre a ampliação dos direitos, o acesso a outras tecnologias de prevenção e assistência à saúde. Observa-se que a prevenção ainda é centrada nos corpos e práticas de homens cisgênero, na figura masculina (no uso do preservativo masculino), assim como em ações que possam diminuir a probabilidade da transmissão vertical entre mães e filhos (ROCHA, 2011; BARBOSA; ROCHA, 2018).

Durante a pesquisa foi identificada pouca divulgação dessas novas tecnologias (PEP e PrEP) entre a população em geral, usuárias (os) do serviço e pelos próprios trabalhadores da instituição. Apesar desse tema não ter sido objeto desse estudo, faz-se necessário ser aprofundado em outras pesquisas e os impactos decorrentes da centralização desses serviços no Recife/PE e da sua inexpressiva divulgação. É importante enfatizar que a maior parte das unidades de saúde que oferece a PEP, em Pernambuco, ainda é centrada na capital do estado e RMR e em outros dois municípios,

sendo um localizado na região agreste e outro no sertão do estado, dificultando o acesso das (os) usuárias (os) a essas unidades. Em relação à PrEP, apenas o Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) e Hospital das Clínicas (UFPE) são referências no estado, sendo os serviços acessados, principalmente, entre as pessoas com maior conhecimento sobre o tema dos direitos sexuais e reprodutivos e dos insumos biomédicos de prevenção. Sobre esse campo de estudo, também indicamos a necessidade de imersão sobre essa temática, ainda pouco discutida em Pernambuco.

Em se tratando das mulheres que vivem com HIV/AIDS, para além dessas questões trazidas pelos (as) autores (as), pode-se identificar que elas estão significativamente vulneráveis à discriminação, ao peso do estigma e aos diversos tipos de violências, principalmente aquelas perpetradas nas instituições de saúde, pelo Estado, pelos parceiros (as) e/ou familiares. Ainda mais em se tratando de uma sociedade que cultiva o sistema heteronormativo e patriarcal, no qual é possível verificar a constante invisibilidade e inviabilidade do acesso aos direitos dessas mulheres, principalmente nesses tempos obscuros e de cortes nos direitos sociais. Identificou-se durante a pesquisa que quase a totalidade das entrevistadas sofreu algum tipo de violência, principalmente no período da descoberta da soropositividade ou na ocasião do parto. As violências, por vezes feitas por meio de atos explícitos, outras vezes por omissão, ocorreram especificamente em instituições de saúde, materializadas por seus profissionais, mas que não podem ser analisadas apenas pelo viés da particularidade, centradas na singularidade das experiências e das narrativas, descoladas de uma conjuntura. Essas relações de poder evidenciam o fortalecimento constante das expressões do conservadorismo e de uma racionalidade hegemônica baseada no modelo biomédico, a partir de uma estrutura afastada dos preceitos da Reforma Sanitária e que esfacela os direitos constitucionais da população.

Também verificou-se durante a pesquisa que as mulheres soropositivas pouco acessam outras especialidades para realização de seus cuidados, seja pela dificuldade na marcação de consulta e de outros atendimentos, devido à falta de vagas ou por estarem suspensas, seja pelo fato de temerem sofrer algum tipo de discriminação ao revelarem seu diagnóstico e sofrerem sorofobia. Essa questão tem um importante significado para essas mulheres, por determinar mudanças no seu comportamento individual, mas também deve ser compreendido como impactos dos constantes ataques e cortes do orçamento da Política de Saúde e da Política de HIV/AIDS. A falta de interface com

alguns princípios que contemplam as referidas políticas públicas, sendo um deles o atendimento integral às mulheres que vivem com HIV/AIDS, favorece a constituição de estigmas e a fragilização da saúde entre as populações mais vulneráveis. É importante indicar também a importância de qualificar a assistência em saúde, a escuta ao paciente, por meio da construção de projetos terapêuticos específicos para cada usuária (o), bem como a ampliação de ações no campo da educação em saúde, com a ampliação das informações sobre o HIV/AIDS, novas tecnologias na área de prevenção, de maneira mais acessível.

Em relação às mulheres que vivem com HIV/AIDS, torna-se necessário a ampliação de serviços que possibilitem a garantia do acesso aos direitos sexuais e reprodutivos e ao exercício da livre sexualidade. Apontamos a necessidade de novos estudos sobre o atendimento integral as mulheres que vivem com HIV/AIDS, considerando não apenas a Política de Saúde, mas as outras políticas que compõem a Seguridade Social. Outro ponto a ser aprofundado em pesquisas posteriores, trata-se sobre o racismo estrutural e sua relação com a violência estrutural e estruturante da sociedade, por meio da imbricação de gênero e classe, que afeta diretamente as pessoas que vivem como HIV/AIDS. Esse apontamento deve-se ao fato de que nesta pesquisa constatou-se que a maioria das mulheres entrevistadas, são negras e pardas e indicaram terem sofrido algum tipo de violências nas instituições de saúde. Identificou-se que mesmo aquelas mulheres com maior escolaridade e não negra, também sofreram sorofobia. Estas informações são compatíveis com a pesquisa realizada por Beloqui (2019, p. 77), com pessoas vivendo com HIV/AIDS, quando indicou que há “homogeneidade nos diferentes estratos em análise acerca da discriminação relacionada ao HIV: região, sexo, orientação sexual, escolaridade, raça/cor, religião, estado civil, renda e idade”.

Foi possível verificar que o peso do estigma e da discriminação rebateram diretamente na continuidade ao tratamento das mulheres entrevistadas, podendo indicar novamente, como uma das causas do abandono e falta de vinculação aos serviços de saúde. Além disso, houve o apontamento da falta de flexibilidade no atendimento dos profissionais e/ou das instituições às usuárias, sem considerar a integralidade no atendimento e as determinações sociais que possam afetar a vinculação delas aos serviços. Conforme relatos, houve dificuldades no uso da medicação, devido aos seus efeitos colaterais no primeiro momento, mas há outros fatores também que podem ter

influenciado na não “adesão” ao tratamento, como questões subjetivas, a exemplo da lembrança que se tem uma doença crônica pelo uso sistemático do antirretroviral, pela dificuldade no acesso ao serviço de saúde, medo da descoberta do seu estado sorológico, falta de acesso à alimentação adequada, são exemplos dessas dificuldades.

Em relação aos cuidados e realização dos afazeres domésticos, foi identificado de forma relevante, na maioria das entrevistadas, a citação da mãe como aquela que dá o maior suporte a essas atividades e nos cuidados dos netos e da própria paciente, sendo figura central no trabalho doméstico e de cuidado não remunerado. Algumas dessas mães são mulheres idosas, que também contribuem financeiramente para o orçamento familiar. Não foi indicado a terceirização dos serviços domésticos, por meio de contratação. As mulheres entrevistadas não citaram a utilização de serviços de creches públicas, serviço de atendimento domiciliar ou qualquer outro serviço ofertado pelo Estado como parte, mesmo que parcial, para a realização dos cuidados aos dependentes.

Sobre a contratação de serviços terceirizados, apenas duas das entrevistadas citaram solicitar o serviço de diarista, de forma esporádica. Houve o indicativo de que para aquelas que necessitam cuidar de crianças menores de 06 anos, possuem uma sobrecarga maior de trabalho doméstico, afetando de alguma forma o autocuidado. É importante enfatizar que a maioria das entrevistadas não conta com outros membros da família como suporte para a realização dos seus cuidados, inclusive durante os internamentos. Geralmente indicaram que ficam sozinhas e/ou, quando necessário, acompanhadas de outras mulheres (geralmente as mães e filhas mais jovens). Algumas das entrevistadas relataram terem sofrido vários tipos de sorofobia, mesmo no âmbito familiar e nas unidades/serviços de saúde, e/ou temerem revelar seu diagnóstico por medo de algum tipo de discriminação. Conforme Rocha (2011), que em sua tese já indicava o “silêncio” das instituições sobre a intervenção na área de HIV, também há o “silêncio”, em seus termos, e a solidão nas relações sociais e dentro da família.

Nosso estudo indica que o tempo de vida das mulheres e o trabalho doméstico e de cuidado é apropriado de forma significativa pelas famílias, Estado e capital, como já indicava Ávila (2009), Ferreira (2017) e Federici (2019), assim como há constantemente o fortalecimento ideológico e material da divisão social, sexual e racial do trabalho como processo natural, em tempos de recrudescimento do conservadorismo. As mulheres soropositivas também sofrem com esses impactos e suas vidas são

constantemente permeadas pela violência e discriminação. Para finalizar, é possível indicar alguns desafios e pontos a serem desenvolvidas em trabalhos posteriores no âmbito acadêmico, nas instituições e movimentos sociais que trabalham com a temática, são eles:

- A necessidade do fortalecimento dos espaços de controle e participação social que possibilitem a discussão dos avanços e retrocessos na Política de Saúde e de HIV/AIDS, assim como a construção de direcionamentos no campo da luta por direitos das pessoas que vivem com HIV/AIDS;
- A construção de espaços formativos de recursos humanos no âmbito da Seguridade Social (profissionais, discentes, docentes) e usuárias (os) do serviço que abordem temas como prevenção combinada, acesso às novas tecnologias e tratamento, assim como a ampliação da discussão sobre as determinações sociais que afetam a vida das pessoas soropositivas, numa perspectiva democrática e de direitos humanos, para além do modelo biomédico;
- O desvelamento das situações de violências perpetradas nos serviços de saúde contra as mulheres soropositivas e a desnaturalização dos estigmas, por meio de novas pesquisas, ampliação de discussões e de divulgações nos espaços profissionais e acadêmicos;
- Fortalecimento dos processos e práticas de educação em saúde nas ações profissionais sobre HIV, embasados nos princípios democráticos e de direitos humanos;
- A inclusão na análise e discussão sobre as perspectivas dos profissionais de saúde dos serviços de referência do estado de Pernambuco em relação ao atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS, assim como a percepção sobre a utilização das atuais tecnologias para a prevenção combinada;
- O constante estudo e ampla divulgação com o intuito de desmistificar e desnaturalizar o trabalho doméstico e de cuidado como uma atribuição essencialmente feminina realizado de forma gratuita dentro da família, apropriado pelo Estado, pelos homens e pelo capitalismo;
- Trazer à tona ao debate a necessidade de campanhas específicas na área de HIV, que possam promover a liberdade, autonomia e acesso às informações, com o intuito de favorecer a desconstrução de ações discriminatórias e a sorofobia, com enfoque nas necessidades específicas das mulheres cis e trans;

- Ampliar essas análises por meio de estudos sobre a imbricação entre classe social, gênero e raça/cor em uma sociedade patriarcal, de capitalismo tardio e com traços do colonialismo;
- Contribuir para a construção de políticas públicas que sejam direcionadas à garantia dos direitos sociais previstos em lei, assim como a discussão e desmistificação de propostas naturalizantes, conservadoras, machistas e familistas de serem apenas as mulheres responsáveis pelos cuidados familiares.

Os desafios são muitos e imensos, os temas não foram esgotados com esta pesquisa, mas acenderam novos questionamentos a serem pesquisados, como forma de construção do conhecimento crítico e feminista, no intuito de contribuir para um processo de luta junto aos (às) usuários (as), instituições e movimentos sociais.

REFERÊNCIAS

ABRAMO, L.; VALENZUELA, M. Tempo de trabalho remunerado e não remunerado na América Latina. Uma repartição desigual. In: ABREU, A.; HIRATA, H.; LOMBARDI, M. **Gênero, Trabalho no Brasil e na França: perspectivas interseccionais**. São Paulo: Boitempo, 2016.

ACAYABA, C.; ARCOVERDE, L. "Casos de feminicídios aumentaram em 44% no 1º semestre em SP", **G1 – O portal de notícias da Globo**, 07 de agosto de 2019. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2019/08/07/casos-de-femicidio-aumentam-44percent-no-1o-semester-de-2019-em-sp.ghtml>>. Acesso em: 18 jan. 2020

AIDS HEALTHCARE FOUNDATION (AHF). **Conheça a AHF**. Disponível em: <<https://testedhivgratis.com.br/conheca-ahf/>>. Acesso em: 18 jan. 2020

ALMEIDA, S. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019. Disponível em: <https://contrapoder.net/wp-content/uploads/2020/04/ALMEIDA-2019.-O-QUE-%C3%89-RACISMO-ESTRUTURAL.pdf> Acesso em: 10 jan. 2020.

ALMEIDA, R. **Bolsonaro presidente. Conservadorismo, evangelismo e a crise brasileira**. *Novos estud. CEBRAP, São Paulo* II v38n01 II 185-213 II JaN.–aBr. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/nec/v38n1/1980-5403-nec-38-01-185.pdf>

ANTUNES, R. Destruição Completa do que resta dos direitos. A devastação do trabalho na contrarrevolução de Temer. **Le Monde Diplomatique Brasil**. Edição 111, de 23 de março de 2017. Disponível em: <<https://diplomatique.org.br/a-devastacao-do-trabalho-na-contrarrevolucao-de-temer/>>. Acesso em: 18 jan. 2020.

_____. “Podemos viver um ultraneoliberalismo, sob uma ditadura e com respaldo eleitoral”. **Associação dos Professores da UFPR. Publicado em 08 de outubro de 2018**. Disponível em: <<https://apufpr.org.br/2018/10/08/podemos-viver-um-ultraneoliberalismo-sob-uma-ditadura-e-com-respaldo-eleitoral-alerta-ricardo-antunes/>>. Acesso em: 18 jan. 2020.

_____. **Adeus ao Trabalho?: ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho.** São Paulo: Cortez Editora, 2007.

_____. **Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho.** São Paulo: Boitempo, 2009.

_____. **O Privilégio da Servidão: o novo proletariado de serviços na era digital.** São Paulo: Boitempo, 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS (ABIA). **Casais sorodiscordantes. Dicas para uma vida saudável, segura e feliz.** Rio de Janeiro: ABIA, 2004. <<http://www.abiaids.org.br>> Acesso em: 10 jul. 2020.

ÁVILA, M. Notas sobre o trabalho doméstico. Reflexões feministas para transformação social. **Cadernos de Crítica Feminista**, Ano I, N. 0, dez. 2007. Recife: SOS Corpo. Disponível em: <https://soscorpo.org/publicacoes/revista/>. Acesso em: 10 abr. 2019

_____. As mulheres no mundo do trabalho e a relação corpo e sujeito. **Cadernos de Crítica Feminista**, Ano V, N. 4, dez. 2011. Recife: SOS Corpo.

_____; ARANTES, R.; FERREIRA, V. **Desenvolvimento, trabalho e autonomia econômica na perspectiva das mulheres brasileiras.** Recife: SOS Corpo, 2015.

_____. **O tempo do trabalho doméstico das empregadas domésticas: tensões entre a dominação, exploração e resistência.** Recife: o Autor, 2009 (Tese em Serviço Social).

AYRES, J.R.C.M (et. al.). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C.M. (orgs). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BARBOSA FILHO, E.; ROCHA, S. Três décadas de neoliberalismo e de lutas contra a epidemia de HIV e AIDS na periferia capitalista: uma análise crítica da África do Sul, Brasil e Moçambique. In: ROCHA, S.; VIEIRA, A.; ALVES FILHO, E. **HIV AIDS e as Teias do Capitalismo, Patriarcado e Racismo. África do Sul, Brasil e Moçambique.** Recife: Editora UFPE, 2018.

_____.; VIEIRA, A.C.S. **A ascensão da sorofobia no discurso político brasileiro: um projeto de poder.** 2020. O artigo encontra-se no “prelo”.

BBC. O drama de 1,4 milhão de brasileiros na fila do INSS que ninguém vê. **G1 – O portal de notícias da Globo**, 13 de maio de 2019. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/noticia/2019/05/13/o-drama-de-14-milhao-de-brasileiros-na-fila-do-inss-que-ninguem-ve.ghtml>>. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. Atendimento à população com medicamentos para tratamento para portadores de HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. Brasília: **Portal da Transparência**, 2020. Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/programas-e-acoes/acao/4370-atendimento-a-populacao-com-medicamentos-para-tratamento-dos-portadores-de-hiv-AIDS--outras-infeccoes-sexualmente-transmissiveis-e-hepatites-virais?ano=2019>>. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 02 set. 2018

BRASIL. **Decreto n.º 8.805 de 07 de julho 2016.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8805.htm> Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. **Decreto n.º 9.795 de 17 de maio de 2019.** Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/decreto-no-9795-de-17-de-maio-de-2019>>. Acesso em: 06 jun. 2019.

BRASIL. **Decreto n.º 10.060 de 14 de outubro de 2019.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D10060.htm>. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. **Emenda Constitucional n.º 95 de 2016.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 10 set. 2018.

BRASIL. **Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Disponível em: <<https://www.editorasolucao.com.br/media/materialcomplementar/guiadoconcurso/UN-CISAL/09-leis-8080-8142+LC-141+9394.leg.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2018.

BRASIL. **Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm>. Acesso em: 02 set. 2018.

BRASIL. **Lei n.º 10.060, de 15 de outubro de 2019.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D10060.htm>. Acesso em: 11 jan. 2020.

BRASIL. **Lei n.º 11.340, de 07 de agosto de 2006.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>. Acesso em: 10 set. 2017.

BRASIL. **Lei n.º 12.015, de 07 de agosto de 2009.** Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2009/lei-12015-7-agosto-2009-590268-exposicaodemotivos-149280-pl.html>>. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. **Lei n.º 12.015, de 07 de agosto de 2009.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm>. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. **Lei n.º 13.104, de 09 de março de 2015.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/lei/L13104.htm>. Acesso em: 10 ago. 2017.

BRASIL. **Lei n.º 13.467 de 13 de junho de 2017.** Disponível em: <<https://www.normaslegais.com.br/legislacao/Lei-13467-2017.htm>>. Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. **Lei n.º 13.798 de 03 de janeiro de 2019.** Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2019/lei-13798-3-janeiro-2019-787600-publicacaooriginal-157221-pl.html>>. Acesso em: 06 jun. 2019.

BRASIL. **Medida Provisória 905 de 11 de novembro de 2019.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Mpv/mpv905.htm>. Acesso em: 10 dez. 2019.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social.** Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS_2004.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.** Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>>. Acesso em: 12 abr. 2020

BRASIL. **Proposta de Emenda à Constituição nº 6, de 2019 – Reforma da Previdência.** Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/137999>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

BRASIL. **Súmula nº 443 do TST.** Disponível em: <http://www3.tst.jus.br/jurisprudencia/Sumulas_com_indice/Sumulas_Ind_401_450.html>. Acesso em: 25 fev. 2020.

BRASIL. Lançado pelo MMFDH, projeto Salve Uma Mulher visa mobilizar a sociedade no enfrentamento à violência doméstica. Brasília: **Ministério da Mulher, da Mulher e dos Direitos Humanos**, 2019. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/todas-as-noticias/2019/outubro/lancado-pelo-mmfdh-projeto-salve-uma-mulher-visa-mobilizar-a-sociedade-no-enfrentamento-a-violencia-domestica>>. Acesso em: 10 fev. 2020.

BRANT, D. TST suspende processos trabalhistas sobre normas coletivas. **Folha de São Paulo**, 2019. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2019/10/tst-suspende-processos-trabalhistas-sobre-normas-coletivas.shtml>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Revista Argumentum** Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018. Disponível em: <<https://ojs2.ufes.br/index.php/argumentum/article/download/19139/13218>>. Acesso em: 10 mar. 2020.

_____. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. [et.al], (orgs). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

BELOQUI, J. A. **Brasil: Violência e Discriminação em Pessoas Vivendo com HIV/AIDS. A perspectiva dos membros da RNP+.** São Paulo: Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS- RNP+/GIV- Grupo de Incentivo à Vida, 2019. Disponível em: <<http://www.giv.org.br/Arquivo/Relatorio-RNP-Brasil-Violencia-Discriminacao-Pessoas-HIV-AIDS.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2020.

BENEVIDES, B.; NOGUEIRA, S. (Orgs.). **Dossiê de assassinatos e violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2019**. São Paulo: Expressão Popular, Antra, IBTE, 2020. Disponível em: <<https://antrabrasil.files.wordpress.com/2020/01/dossic3aa-dos-assassinatos-e-da-violc3aancia-contra-pessoas-trans-em-2019.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2020.

BEHRING, E. **Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. Devastação e urgência. **Esquerda online**. Publicado em: 02 de setembro de 2019. Disponível em: <<https://esquerdaonline.com.br/2019/09/02/devastacao-e-urgencia/>>. Acesso em: 18 jan. 2020.

_____; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2007.

BOFF, L. **Saber Cuidar**. Rio de Janeiro: 2017 (edição online). Bolsonaro critica lei trabalhista e diz que Brasil deve beirar a informalidade. **Diário de Pernambuco**, 2019. Disponível em: <<https://www.diariodepernambuco.com.br/noticia/politica/2019/03/bolsonaro-critica-lei-trabalhista-e-diz-que-brasil-deve-beirar-a-infor.html>>. Acesso em: 20 fev. 2020.

BOMFIM, S. Damares Alves e a falácia da abstinência sexual. **Revista Carta Capital**, 31 de janeiro de 2020. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/opiniao/damares-alves-e-a-falacia-da-abstinencia-sexual/>> Acesso em: 20 fev. 2020.

BONETTI, A.; ABREU, M. **Faces da desigualdade de gênero e raça no Brasil**. Brasília: IPEA, 2011. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_facesdadesigualdade.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019

BRAZ, M. **O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 128, p. 85-103, jan./abr. 2017.

BRUSCHINI, C. Teoria Crítica da Família. In: AZEVEDO, M.; GUERRA, Viviane N. de A. (Orgs). **Infância e Violência Doméstica: fronteiras do conhecimento**. São Paulo: Cortez Editora, 2005.

CACIAN, N. Política de Prevenção a HIV não pode ofender as famílias, afirma novo Ministro. São Paulo: **Folha de São Paulo**, 2018. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/12/politica-de-prevencao-a-hiv-nao-pode-ofender-as-familias-afirma-novo-ministro.shtml>>. Acesso em: 14 fev. 2020.

CALAZANS, G. **Prevenção do HIV e da AIDS: a história que não se conta/ a se não te contam**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interprofissional de AIDS (ABIA), 2019.

CÂMARA FEDERAL DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei 5.069 de 2013**. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=565882>>. Acesso em: 20 out. 2019.

CAMARGO, K; PARKER, R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16 (Sup. 1): 89-102, 2000.

CAMPOS, M. O casamento da política social com a família: feliz ou infeliz? In: MIOTO, R.; CAMPOS, M.; CARLOTO, C. **Familismo, Direitos e Cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez, 2015.

CANÁRIO, P. Governo define que acidente de deslocamento não é mais acidente de trabalho. **Revista Consultor Jurídico**, 21 de novembro de 2019. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2019-nov-21/mp-define-acidente-deslocamento-nao-acidente-trabalho>>. Acesso em: 20 fev. 2020.

CANCIAN, N. Política de prevenção a HIV não pode ofender as famílias, afirma novo ministro. **Folha de São Paulo**, 31 de dezembro de 2018. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/12/politica-de-prevencao-a-hiv-nao-pode-ofender-as-familias-afirma-novo-ministro.shtml>>. Acesso em: 20 fev. 2020.

CAVALCANTI, S. et al. **Fórum de Supervisão de Estágio em Serviço Social: a experiência do Hospital Universitário Oswaldo Cruz/Universidade de Pernambuco**. Brasília: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 2010. Disponível em: <file:///E:/assets/trabalhos/0676_.html>. Acesso em: 23 jan. 2019.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da Violência**, 2017. Rio de Janeiro, IPEA e FBSP, 2017. Disponível em:

<http://www.ipea.gov.br/portal/images/170602_atlas_da_violencia_2017.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2017.

CFESS. **Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2017.

_____. **Código de Ética Profissional do/a Assistente Social e Lei 8.662 de 1993 que regulamenta a profissão.** Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf>. Acesso em: 09 set. 2017.

CISNE, M. Marxismo: uma teoria indispensável à luta feminista. In: **4º Colóquio Marx e Engels.** São Paulo: 2005. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/cemarx/ANAIS%20IV%20COLOQUIO/comunica%E7%F5es/GT4/gt4m3c6.PDF>>. Acesso em: 20 out. 2018.

_____; SANTOS, S. M. M. dos. **Feminismo, diversidade sexual e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Entidade do CNS repudia declarações que associam tratamento HIV/AIDS a despesa para o país.** Brasília: 06 de fevereiro de 2020. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-informes/1006-entidade-do-cns-repudia-declaracoes-que-associam-tratamento-hiv-AIDS-a-despesa-para-o-pais.>>. Acesso em: 20 fev. 2020.

CORRÊA, S.; KALIL, I. **Políticas antígenéro en América Latina: Brasil. Observatorio de Sexualidad y Políticas (SPW)/** Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), 2020. Disponível em: <<https://sxpolitics.org/GPAL/uploads/Ebook-Brasil%2020200204.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2020.

Coronel da PM diz que turista estuprada ‘assumiu o risco’ de andar à noite na praia. **Revista Carta Capital**, 10 de janeiro de 2020. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/sociedade/coronel-da-pm-diz-que-turista-estuprada-assumiu-o-risco-de-andar-a-noite-na-praia/>>. Acesso em: 20 fev. 2020.

CUNHA, E. **Projeto de Lei, de n.º 5069/2013.** Brasília, 2013. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=565882>> . Acesso em: 14 jan. 2019.

- DANIEL, H. **Vida antes da morte**. 3ªed. Rio de Janeiro: ABIA, 2018. Disponível em: <<http://abiAIDS.org.br/vida-antes-da-morte/32248>>. Acesso em: 24 maio 2020.
- DEDECCA, C. S. Tempo, Trabalho e Gênero. In: COSTA, A. et al. (Orgs.). **Reconfigurações das relações de gênero no trabalho**. São Paulo: CUT, 2014.
- DELPHY, C. O inimigo principal: a economia política do patriarcado. Brasília: **Revista Brasileira de Ciência Política**. N.º 17, maio-agosto de 2015, pp 99-119. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/281616358_O_inimigo_principal_a_economia_politica_do_patriarcado>. Acesso em: 15 jul. 2019.
- DEMIER, F.; HOEVELER, R. **A onda conservadora: ensaios sobre os atuais tempos sombrios**. Disponível em: <<https://www6g.senado.gov.br/institucional/biblioteca/arquivo-sumario-publicacao/A/11608>>. Acesso em: 10 out. 2019.
- DELAURIERS, J.P., KÉRISIT, M. O delineamento da pesquisa qualitativa. In: NASSER, A.C (tradutora). **A pesquisa qualitativa. Enfoques epistemológicos e metodológicos**. Vários autores. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes, 2014.
- DIVISÃO DE SERVIÇO SOCIAL. **Projeto de Extensão Rede Interna de Atendimento a Vítimas de Violência– HUOC/UPE**. Recife, o autor, 2017.
- DUQUE-ARRAZOLA, L. O sujeito feminino nas políticas de Assistência Social. In: MOTA, A. (Org.). **O Mito da Assistência Social: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 2010.
- EDMUNDO, K. Políticas de Prevenção: a prevenção como um direito. In: LEITE, V.; TERTO JR., V.; PARKER, R. (Orgs.). **Dimensões sociais e políticas de prevenção**. Rio de Janeiro, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), 2018. Disponível em: <http://abiAIDS.org.br/wp-content/uploads/2018/12/Publicacao_dimensoes-sociais-e-politicas-da-prevencao.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2019.
- EDUCQ OAB. Aborto – O que diz a Lei. **Blog Exame da OAB**, 2018. Disponível em: <<https://examedaoab.jusbrasil.com.br/artigos/414535657/aborto-o-que-diz-a-lei.>>. Acesso em: 18 jan. 2020.
- ELIAS, N. **Sobre o tempo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998 (livro digital).

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira S.A, 1984.

'Ele está cada vez mais violento': as mulheres sob quarentena do coronavírus com seus abusadores. **MSN**, 31 de março de 2020. Disponível em: <<http://www.msn.com/pt-br/noticias/mulheres/ele-est%c3%a1-cada-vez-mais-violento-as-mulheres-sob-quarentena-do-coronav%c3%adrus-com-seus-abusadores/ar-BB11XwGT?li=AAggXC1>>. Acesso em: 04 maio 2020.

EUZÉBIO, C. Estigma e Discriminação: barreiras para a resposta à epidemia do HIV. In: LEITE, V.; TERTO JR., V.; PARKER, R. (Orgs.). **Dimensões sociais e políticas de prevenção**. Rio de Janeiro, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), 2018. Disponível em: <http://abiAIDS.org.br/wp-content/uploads/2018/12/Publicacao_dimensoes-sociais-e-politicas-da-prevencao.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2019.

FABIO, A. **O que o governo alterou no órgão da Saúde que trata do HIV**. *Jornal Nexo*, 27 maio. 2019. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2019/05/27/O-que-o-governo-alterou-no-%C3%B3rg%C3%A3o-da-Sa%C3%BAde-que-trata-do-HIV>>. Acesso em: 28 jun. 2019.

FALQUET, J. Transformações neoliberais do trabalho das mulheres: liberação ou apropriação? In: ABREU, A.; HIRATA, H.; LOMBARDI, M. **Gênero, Trabalho no Brasil e na França: perspectivas interseccionais**. São Paulo: Boitempo, 2016.

_____. *Nouvelles Questions Féministes: 22 años profundizando em uma visão feminista, radical, materialista e anti-esencialista*. **Estudos Feministas, Florianópolis**, 12(N.E.): 264, setembro-dezembro/2004. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2004000300006>> Acesso em: 03 mar. 2019.

_____. O capitalismo financeiro não liberta as mulheres: análises feministas materialistas e imbricacionais. **Revista Crítica Marxista**, n.º 36, IFCH/UNICAMP. In: Verschuur Ch. Guerin I. Guetat-Bernard H. (Eds) *Sous le développement, le genre?* Paris/Genève: IRD/IHEID, 2013. Disponível em:

<<https://julesfalquet.files.wordpress.com/2016/04/art-port-aprop-exploraccca7ao-unicamp.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2020.

FEDERICI, S. **Mulheres e caça às bruxas**. Palestra realizada na Universidade de São Paulo, 2019. TV Boitempo.

_____. **Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. Tradução do Coletivo Sycorax. Disponível em: <<http://coletivossycorax.org/indice/>>. Acesso em: 12 set. 2018.

_____. **O ponto zero da revolução. Trabalho doméstico, reprodução e luta feminista**. Editora Elefante: São Paulo, 2019. Tradução do Coletivo Sycorax. Disponível em: <<http://coletivossycorax.org/indice/>>. Acesso em: 20 set. 2019.

FERNANDES, N. Da pesquisa a implementação: breve histórico sobre a PREP no Brasil. Rio de Janeiro: **Boletim Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA)**, outubro de 2018, n.º 63. Disponível em: <http://abiAIDS.org.br/wp-content/uploads/2018/10/BOLETIM_ABIA_63_PrEP_completo.pdf>. Acesos em: 13 mar. 2019.

FERREIRA, L. Governo Bolsonaro tem início com pasta dos Direitos Humanos hiperconectada a discurso evangélico. **Revista eletrônica Gênero e Número**, 2019. Disponível em: <<http://www.generonumero.media/governo-bolsonaro-tem-inicio-com-pasta-dos-direitos-humanos-hiperconectada-discurso-evangelico/>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

FERREIRA, V. M. **Apropriação do tempo de trabalho das mulheres nas políticas de saúde e reprodução social: uma análise de suas tendências**. Recife: UFPE, 2017 (Tese em Serviço Social).

FONTES, V. A transformação dos meios de existência em capital expropriações, mercado e propriedade. In: BOSCHETTI, I. (Org.). **Expropriação e direitos no capitalismo**. São Paulo: Cortez Editora, 2018.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.;GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 7. Ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2008.

GOMES, N. Alguns termos e conceitos presentes sobre relações raciais no Brasil: uma breve discussão. **Revista Relações Raciais**, 1ª ed., 2012. Disponível em: <<http://www.acaoeducativa.org.br/fdh/wp-content/uploads/2012/10/Alguns-termos-e->

[conceitos-presentes-no-debate-sobre-Rela%C3%A7%C3%B5es-Raciais-no-Brasil-uma-breve-discuss%C3%A3o.pdf](#)>. Acesso em: 24 maio. 2020.

_____. Estão em risco todas as políticas de combate à discriminação racial e de gênero. **Revista HuffPost**, 2019. Disponível em: <https://www.huffpostbrasil.com/entry/nilma-lino-gomes-consciencia-negra_br_5dd41c37e4b03b9697186274>. Acesso em: 24 maio. 2020.

GOMES, R. A análise dos dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

GRANATO, L. Contrato temporário não dará estabilidade para quem engravidar, decide TST. **Revista Exame**, 2019. Disponível em: <<https://exame.com/carreira/contrato-temporario-nao-dara-estabilidade-para-quem-engravidar-decidi-tst/>>. Acesso em: 10 mar. 2020.

GRANGEIRO, A. A promessa da PREP. É possível superar a insuficiência da brasileira e afirmar novos valores de protagonismos e liberdades sexuais? Rio de Janeiro: **Boletim Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA)**, outubro de 2018, n.º 63. Disponível em: <http://abiAIDS.org.br/wp-content/uploads/2018/10/BOLETIM_ABIA_63_PrEP_completo.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2019.

GROULX, L. H. Contribuições da pesquisa qualitativa à pesquisa social. In: NASSER, A.C (tradutora). **A pesquisa qualitativa. Enfoques epistemológicos e metodológicos**. Vários autores. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes, 2014.

GUIMARÃES, M. D. C. et al. Mortalidade por HIV/AIDS no Brasil 2000-2015: motivos para preocupação. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Maio 2017; 20 SUPPL 1, 182-190.

HARVEY, D. **O neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **17 contradições e o fim do capitalismo**. São Paulo: Boitempo, 2016.

HAUG, F. Para uma Teoria das Relações de Gênero. In: BORON, A. A.; AMADEO, J.; GONZÁLEZ, S. (Orgs). **A teoria marxista hoje: problemas e perspectivas**. Buenos Aires: Expressão Popular, 2006.

HEAD, J.; ROCHA, S. Uma vida e muitos desafios. In: ROCHA, S.; VIEIRA, A. C. de S.; SOARES, R. C. (Org.). **Desafios à Vida. Desigualdades e HIV/AIDS no Brasil e na África do Sul**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011.

HIRATA, H. O Universo do trabalho e da cidadania das mulheres- um olhar do feminismo e do sindicalismo. In: COSTA, Ana Alice et al. (Orgs.). **Reconfigurações das relações de gênero no trabalho**. São Paulo: CUT, 2014.

_____. Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social**, revista de sociologia da USP, v. 26, n. 1, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-20702014000100005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 nov. 2018.

_____; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 132, p. 595-609, set./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v37n132/a0537132.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2018.

HOLMSTROM, N. Como Karl Marx pode contribuir para compreensão do Gênero? In: CHABAUD-RYCHTER, D. et al. **O Gênero nas Ciências Sociais: releituras críticas de Max Weber e Bruno Latour**. 1 ed. São Paulo: Editora Unesp; Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 2014.

HOOKS, B. **Ain't a woman: black woman and feminism**. 1ªed. Tradução Livre para a Plataforma Gueto, 2014. Disponível em: <https://plataformagueto.files.wordpress.com/2014/12/nc3a3o-sou-eu-uma-mulher_traduzido.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2018.

HUMAN RIGHTS WATCH. **Word Report 2019**. Disponível em: <https://www.hrw.org/sites/default/files/world_report_download/hrw_world_report_2019.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2019.

IPEA. **Carta Conjuntura, n. 45 – 4º trimestre de 2019**. Seção VIII. <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/conjuntura/191212_cc_45_mercado_de_trabalho.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

_____. **OS DESAFIOS DO PASSADO NO TRABALHO DOMÉSTICO DO SÉCULO XXI: REFLEXÕES PARA O CASO BRASILEIRO A PARTIR DOS DADOS DA PNAD CONTÍNUA**. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2019. <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2528.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

_____. **Retrato das desigualdades de gênero e raça** / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ... [et al.]. - 4ª ed. - Brasília: Ipea, 2011. 39. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/revista.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

_____; FBSP. **Atlas da Violência 2019**. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34784&Itemid=432>. Acesso em: 13 jan. 2020.

_____. Relatório sobre Desigualdades Sociais no Brasil, do Instituto de Pesquisas Sociais Aplicadas. Brasília: IPEA, 2011. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/revista.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

IBGE. **No Dia da Mulher, estatísticas sobre trabalho mostram desigualdade**. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20287-no-dia-da-mulher-estatisticas-sobre-trabalho-mostram-desigualdade>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

_____. **PNAD Contínua: taxa de desocupação é de 11,8% e taxa de subutilização é de 24,6% no trimestre encerrados em julho de 2019**. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/25315-pnad-continua-taxa-de-desocupacao-e-de-11-8-e-taxa-de-subutilizacao-e-de-24-6-no-trimestre-encerrado-em-julho-de-2019>>. Acesso em: 19 out. 2019.

IANNI, O. Octavio Ianni: o preconceito racial no Brasil. **Revista Estudos Avançados**, 18 (50), 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/eav/article/view/9965/11537>>. Acesso em: 24 maio. 2020.

JESUS, J. C. de. **Trabalho doméstico não remunerado no Brasil: uma análise de produção, consumo e transferência**. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2018 (Tese).

KELLER, S. B.A. **A ofensiva do conservadorismo: serviço social em tempos de crise**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

KERGOAT, D. O cuidado e a imbricação das relações sociais. In: ABREU, Alice Rangel de Paiva; HIRATA, H.; LOMBARDI, M. R. **Gênero, Trabalho no Brasil e na França: perspectivas interseccionais**. São Paulo: Boitempo, 2016.

LAURELL, A. A saúde-doença como processo social. **Revista Mex. Cien. Pol. Soc.**, 84, pp. 131-157, 1976. Disponível em:

<https://unarus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf>. Acesso em: 18 out. 2019.

LERNER, G. **A criação do patriarcado. História da opressão das mulheres pelos homens**. São Paulo: Cultrix, 2018.

LESSA, S. **Abaixo a família monogâmica**. São Paulo: Instituto Lukács, 2012. Disponível em: <<http://sergiolessa.com.br/uploads/7/1/3/3/71338853/abaixofamilia.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2018.

LIMA, J. D. Como o governo Bolsonaro trata a questão do HIV. **Jornal Nexo**, 06 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/02/06/Como-o-governo-Bolsonaro-trata-a-quest%C3%A3o-do-HIV>>. Acesso em: 13 mar. 2020.

LIMA, M. A dimensão do trabalho e da Cidadania das Mulheres no mercado globalizado. In: COSTA, A. et al. (Orgs.). **Reconfigurações das relações de gênero no trabalho**. São Paulo: CUT, 2014.

LUKÁCS, G. **Ontologia do ser social**. Tradução Prof. Ivo Tonet (Universidade Federal de Alagoas), a partir II Lavoro, primeiro capítulo do segundo tomo de Per Una Ontologia dell' Essere Sociale. Versão por Pablo Polese de Queiroz, Mestrando em Sociologia pela UNICAMP-SP, a partir da edição em espanhol "El Trabajo" e cortejada com o original em Alemão DIE ARBEIT- ZUR Ontologie des gesellschaftlichen Seins (Original) Status, 1971- Kapitel 1986. Disponível em: <<http://afoiceomartelo.com.br/posfsa/Autores/Lukacs,%20Georg/O%20TRABALHO%20-%20traducao%20revisada.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2018.

MANDEL, E. **O Capitalismo Tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARCONDES, M. et al. **Dossiê Mulheres Negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil**. Brasília: IPEA, 2011.

MARIANO, C.M. **Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre**. Revista de Investigações Constitucionais, Curitiba, vol. 4, n. 1, p. 259-281, jan./abr. 2017. Disponível em : Acesso em: 08 de nov. 2020.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. **Revista Katálysis** [online]. 2007, vol. 10, n. 1, p. 15-23.

MARX, K. **O Capital: livro 1. 2.** Ed. São Paulo: Boitempo, 2017.

MARTINELLI, A.; FERNANDES, M. Como o 'trabalho do cuidado' em tempo de coronavírus afeta a vida das mulheres. Trabalho ligado a crianças e idosos, empregos informais e atendimento a pacientes infectados deixam as mulheres mais expostas.

Revista HuffPost, 2020. Disponível em: https://www.huffpostbrasil.com/entry/trabalho-cuidado-mulheres_br_5e72d43bc5b6eab77941e160>. Acesso em: 25 mar. 2020.

MÁXIMO, W. Governo contratará 7 mil militares para reforçar atendimento no INSS. **Agência Brasil**, 14/01/2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2020-01/governo-contratara-7-mil-militares-para-reforcar-atendimento-no-inss>>. Acesso em: 02 fev. 2020.

MELO, D. Bolsonaro afirmou, sim, que não empregaria mulher com mesmo salário de homem. **Revista HuffPost Brasil**, 2018. Disponível em: https://www.huffpostbrasil.com/2018/08/18/bolsonaro-afirmou-sim-que-nao-empregaria-mulher-com-mesmo-salario-de-homem_a_23504540/>. Acesso em: 10 mar. 2019.

MENDES, A.; CARNUT, L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública. São Paulo: **Revista Saúde e Sociedade**, v.27, n.4, p. 1105-1119, 2018.

MÉSZÁROS, I. A crise estrutural do capital. **Revista Outubro**, ed. 04, n. 02, 2000. Disponível em: <http://outubrorevista.com.br/a-crise-estrutural-do-capital/>>. Acesso em: 02 dez. 2018.

MINAYO, M. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2004.

_____. (orgs.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Indicadores e dados básicos do HIV/AIDS nos municípios brasileiros.** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://indicadores.AIDS.gov.br/>>. Acesso em: 02 jul. 2019.

MINISTÉRIO DE DIREITOS HUMANOS. **Balanco das Denúncias de Violações de Direitos Humanos.** Brasília, 2017. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/ouvidoria/dados-disque-100/relatorio-balanco-digital.pdf>> Acesso em: 10/10/2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS 2018.** Brasília: 2018. Disponível em: <<http://www.AIDS.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivAIDS-2018>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS 2019.** Brasília: 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivaids-2019>>. Acesso em: 10 jan.2020.

_____. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para profilaxia antirretroviral Pós-exposição de Risco à Infecção pelo HIV.** Brasília: 2015.

Disponível em:

<<http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=Ic4rfuT39yQ%3D>> Acesso em: 10 jul. 2019.

_____. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST.** Brasília: 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_feminizacao_final.pdf Acesso em: 10 out. 2019.

_____. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST.** Brasília: 2009. Disponível em: Acesso em: 10 out. 2019.

_____. **Resolução n.º 510 de 07 de abril de 2016.** Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html Acesso em: 06.abr.2018.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Alteração no financiamento da Atenção Primária à Saúde é tema de diálogo com a PFDC.** Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/informativos/edicoes-2019/dezembro/alteracao-no>>

[financiamento-da-atencao-primaria-a-saude-e-tema-de-dialogo-com-a-pfdc>](#). Acesso em: 12 abr. 2020.

MIOTO, R. Política Social e Trabalho familiar: questões emergentes no debate contemporâneo. São Paulo: **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 124, p. 699-720, out./dez., 2015.

_____ ; C. T.; DAL PRÁ, K. R. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da Política Social brasileira. In: _____, CAMPOS, M. S.; CARLOTO, C. M. **Familismo, Direitos e Cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez, 2015.

_____. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. **Serviço Social Revista**, Londrina, v. 12, n.2, p. 163-176, jan/jun 2010. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/7584>>. Acesso em: 28 jan. 2019.

MLAMBO-NGCUKA, P. Violência contra as mulheres e meninas é pandemia invisível, afirma diretora executiva da ONU Mulheres. **ONU Mulheres Brasil**, 07 de abril de 2020. Disponível em: <<http://www.onumulheres.org.br/noticias/violencia-contra-as-mulheres-e-meninas-e-pandemia-invisivel-afirma-diretora-executiva-da-onu-mulheres/>>. Acesso em: 13 maio 2020.

MONTEIRO, S. **AIDS, sexualidade e Gênero: a lógica da proteção entre jovens de um bairro popular carioca**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, 1999 (Tese).

_____ ; VILELA, W. Estigma, Pânico Moral e violência estrutural: o caso da AIDS. **Seminário de Capacitação em HIV: aprimorando o debate III**. Rio de Janeiro: ABIA, 2019. Disponível em: <<http://abiAIDS.org.br/estigma-panico-moral-e-violencia-estrutural-o-caso-da-AIDS/33006>>. Acesso em: 18 maio. 2020.

MOVIMENTO PASSE LIVRE (MPL). **Não começou em Salvador, não vai terminar em São Paulo**. In: MARICATO, E. et al. **Cidades rebeldes**: São Paulo: Boitempo: Carta Maior, 2013.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social**. São Paulo: Cortez Editora, 2015.

NETTO, J. P. Cinco Notas a propósito da Questão Social. **Temporalis**. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Brasília: ABEPSS, ano 2004, n.º 3, p. 44 ,jan/jul, 2001.

_____. Crise do Socialismo e ofensiva neoliberal. São Paulo: Cortez, 1995.

NOBRE, M. Trabalho doméstico e emprego doméstico. In: COSTA, A.; OLIVEIRA, E.; LIMA, M.; SOARES, V. (Orgs.). **Reconfigurações das relações de gênero no trabalho**. São Paulo: CUT, 2014.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Panorama Laboral Temático 5: Mujeres em el mundo del trabajo. Retos pendientes hacia una efectiva equidad en América Latina y el Caribe**. Lima: OIT/Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração e Plataforma da IV Conferência Mundial sobre a Mulher**. Pequim: 1995. Disponível em: <www.onumulheres.org.br> Acesso em: 15 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Aceleração do progresso para a redução da gravidez na adolescência na América Latina e no Caribe**. Washington, D.C, Estados Unidos da América, 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5604:america-latina-e-caribe-tem-a-segunda-taxa-mais-alta-de-gravidez-na-adolescencia-no-mundo&Itemid=820>. Acesso em: 27 mar. 2019.

OSÓRIO, J. S. Sobre o Estado, o Poder e o Estado Dependente. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 2017, n. 34, jul./dez. 2017. Disponível em <http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/viewFile/17820/pdf_1>. Acesso em: 31 ago. 2018.

PAIM, J. Política de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PRADO JR., C. **Formação do Brasil Contemporâneo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

PARKER, R. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na Saúde Pública Mundial. **Cadernos de Saúde Pública** [Online], 28(1): 164-169, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000100017&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 19 maio. 2020.

_____ ; CARMARGO JR., K. R. de. Pobreza e HIV: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(Sup. 1):89-102, 2000. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2000.v16suppl1/S89-S102/pt>>. Acesso em: 10 maio 2018.

_____ ; AGGLETON, P. **Estigma, Discriminação e AIDS**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2001. Disponível em: <<http://www.abiAIDS.org.br/img/media/colecao%20cidadania%20direito.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

PAIVA, V. Direito à prevenção, à felicidade e ao bem-viver. In: LEITE, V.; TERTO JR., V.; PARKER, R. (orgs.). **Dimensões sociais e políticas de prevenção**. Rio de Janeiro, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), 2018. Disponível em: <http://abiAIDS.org.br/wp-content/uploads/2018/12/Publicacao_dimensoes-sociais-e-politicas-da-prevencao.pdf>. Pesquisa realizada em 10/03/2019.>. Acesso em: 08 mar. 2019.

PEREIRA, T. Médico compara desprezo de Bolsonaro pelos vulneráveis à eugenia nazista. **Rede Brasil Atual**, 2020. Disponível em: <<https://www.redebrasilatual.com.br/politica/2020/05/desprezo-bolsonaro-vulneraveis-eugenia-nazista/>>. Acesso em: 04 jul. 2020.

PERNAMBUCO. **Universidade de Pernambuco**. Disponível em: <<http://www.upe.br/index.php/institucional>>. Acesso em: 03 mar. 2019.

PORTAL BRASIL. **Mulheres ganham espaço no mercado de trabalho**. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2017/03/mulheres-ganham-espaco-no-mercado-de-trabalho>>. Acesso em: 10 set. 2018.

RAMOS, D. P. Pesquisa de usos do tempo: um instrumento para aferir as desigualdades sociais. In: BONETTI, A. L. e ABREU, M.A.A. (Orgs.). **Faces da desigualdade de gênero e raça no Brasil**. Brasília: IPEA, 2011. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3092/1/Livro_Faces%20da%20desigualdade%20de%20g%C3%AAnero%20e%20ra%C3%A7a%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

RELATÓRIO MUNDIAL 2019. **Human Rights Watch**, 2019. Disponível em: <https://www.hrw.org/sites/default/files/world_report_download/hrw_world_report_2019.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020.

ROCHA, E. A Constituição Cidadã e a institucionalização dos espaços de participação social: avanços e desafios. In: **20 anos da Constituição Cidadã: avaliação e desafios da Seguridade Social**. Brasília: ANFIP, 2008. Disponível em: <http://desafios2.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/participacao/outras_pesquisas/a%20constituio%20cidad%20e%20a%20institucionalizao%20dos%20espaos%20de%20participao%20social.pdf>. Acesso em: 02 set. 2017.

ROCHA, S. Projeto Ético Político – desafios e materialização na conjuntura de crise econômica e social. **O Serviço Social: velhas e novas fronteiras**. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

ROCHA, S. et al. Mulheres, HIV e AIDS: os silêncios e as vozes no Brasil, África do Sul e Moçambique. In: In: ROCHA, S.; VIEIRA, A.; ALVES FILHO, E. **HIV AIDS e as Teias do Capitalismo, Patriarcado e Racismo. África do Sul, Brasil e Moçambique**. Recife: Editora UFPE, 2018.

_____. **Silenciosa conveniência entre transgressão e conservadorismo: trajetórias feministas frente a epidemia da AIDS no Brasil**. Recife: UFPE, 2011 (Tese em Serviço Social).

_____. Lutando por mais saúde: movimento feminista contra a epidemia de AIDS. In: ROCHA, S.; VIEIRA, A.; SOARES, R. (Org.). **Desafios à Vida. Desigualdades e HIV/AIDS no Brasil e na África do Sul**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramos, 2004.

_____. **Ontogênese e filogênese do gênero: ordem patriarcal de gênero e a violência masculina contra mulheres masculina contra mulheres**. FLACSO- Brasil, 2009. Disponível em: <http://flacso.redelivre.org.br/files/2015/03/Heleieth_Saffioti.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2019.

SANTOS, G. C. dos. Discutindo necessidades e direitos sociais no âmbito do enfrentamento da epidemia de AIDS. In: ROCHA, S.; VIEIRA, A.; ALVES FILHO, E. **HIV AIDS e as Teias do Capitalismo, Patriarcado e Racismo. África do Sul, Brasil e Moçambique**. Recife: Editora UFPE, 2018.

SANTOS, S. A forma necessária: ultraneoliberalismo, política social e conservadorismo moral sob governo Bolsonaro. **Esquerda online**. Publicado em: 30 ago. 2019. Disponível em: <<https://esquerdaonline.com.br/2019/08/30/forma-necessaria-ultraneoliberalismo-politica-social-e-conservadorismo-moral-sob-governo-bolsonaro/>>. Acesso em: 17 jan. 2020.

SANTOS, B. de S. **A Cruel Pedagogia do Vírus**. Coimbra: Edições Almedina, 2020.

SCORCE, C. Os projetos conservadores que são ameaças reais às mulheres em 2019. **Carta Capital**. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/diversidade/os-projetos-conservadores-que-sao-ameacas-reais-as-mulheres/>. Acesso em: 17 jul. 2019.

SECRETARIA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, 2011. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>>. Acesso em: 22 ago. 2017.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Perfil Socioeconômico, Demográfico e Epidemiológico: Pernambuco 2016**. 1ª Ed. Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2016. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/perfil_socioeconomico_demografico_e_epidemiologico_de_pe_2016.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.

SEFFNER, F.; PARKER, R. A neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta brasileira à AIDS. In: **Mitos vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS**. Rio de Janeiro: ABIA, 2016. Disponível em: <http://abiAIDS.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade_HIV-e-AIDS_BRASIL2016.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

_____. Pedagogia e Políticas no campo da AIDS. O desafio de superar o desperdício da experiência e reinventar a prevenção. IN: LEITE, V.; TERTO JR., V.; PARKER, R.

(Orgs.). **Dimensões sociais e políticas de prevenção**. Rio de Janeiro, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), 2018.

SILVA, J. Trabalhadoras domésticas enfrentam coação de patrões durante pandemia. **Publica**, jun. 2020. Disponível em: <<https://apublica.org/2020/06/trabalhadoras-domesticas-enfrentam-coacao-de-patroes-durante-pandemia/>>. Acesso em: 03 jul. 2020.

SOARES, C.; SABOIA, A. L. **Tempo, trabalho e afazeres domésticos: um estudo com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2001 e 2005**. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv35740.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

SOARES, L. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. São Paulo: Cortez Editora, 2009.

SOARES, R. et al. Serviço de Assistência Especializada em HIV e AIDS de Recife no contexto de contrarreforma da Política de Saúde. In: ROCHA, S.; VIEIRA, A.; ALVES FILHO, E. **HIV AIDS e as Teias do Capitalismo, Patriarcado e Racismo. África do Sul, Brasil e Moçambique**. Recife: Editora UFPE, 2016.

_____. **A contrarreforma na Política de Saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. Recife: A Autora, 2010.

_____. **AIDS, trabalho e proteção social: elementos para uma leitura crítica das condições de vida dos pacientes do Hospital Universitário Oswaldo Cruz**. Recife: A autora, 2000.

_____. Desigualdade social e acesso às políticas sociais: a situação das pessoas que vivem com HIV/AIDS no Brasil. In: ROCHA, S.; VIEIRA, A.; SOARES, R. (Org.). **Desafios à Vida. Desigualdades e HIV/AIDS no Brasil e na África do Sul**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011.

SOUZA, J. **O Conservadorismo moderno: esboço para uma aproximação**. Revista Serviço Social e Sociedade [online] 2015, n.122, pp.199-223. ISSN 0101-6628. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282015000200199&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 30 nov. 2019.

SOUZA, S.; SOUZA, T. R. C. **Impacto psicossocial da AIDS: enfrentando perdas... ressignificando vidas**. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS, 2008.

TEIXEIRA, S. M. **Envelhecimento e Trabalho no Tempo do Capital: implicações para a proteção social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Sistemas de Proteção Social Contemporâneos e a Política de Assistência Social: A reatualização do familismo. In: TEIXEIRA, S.M (Org.). **Política de Assistência Social e temas correlatos**. Campinas: Papel Social, 2016.

TEIXEIRA, M. Como o 'trabalho do cuidado' em tempo de coronavírus afeta a vida das mulheres. [Entrevista concedida a] Andréa Martinelli e Marcella Fernandes. **HuffSpotBrasil**, março de 2020. Disponível em: <https://www.huffpostbrasil.com/entry/trabalho-cuidado-mulheres_br_5e72d43bc5b6eab77941e160>. Acesso em: 25 mar. 2020.

TERTO JR, V.; RAXCACH, J. **Preconceitos e estigmas no caminho para uma prevenção combinada**. Rio de Janeiro: Boletim Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), outubro de 2018, n.º 63. Disponível em: <http://abiAIDS.org.br/wp-content/uploads/2018/10/BOLETIM_ABIA_63_PrEP_completo.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2019.

TRAT, J. Friedrich Engels: da propriedade privada à sujeição das mulheres. In: CHABAUD-RYCHTER, D. et al. **O Gênero nas Ciências Sociais: releituras críticas de Max Weber e Bruno Latour**. 1 ed. São Paulo: Editora Unesp; Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 2014.

UNAIDS. **Relatório Informativo: dia mundial contra a AIDS 2018**. Disponível em: <<https://unAIDS.org.br/wp-content/uploads/2018/11/Fact-sheet-UNAIDS-novembro-2018-1.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2019.

UNAIDS. **Sumário Executivo: Índice Executivo em relação às pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil**. São Paulo: UNAIDS, 2019. Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2019/12/2019_12_06_Exec_sum_Stigma_Index-2.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2019.

UNAIDS. **Quando os homens deixarão de pensar que os corpos das mulheres são propriedade deles?** Disponível em: <<https://unAIDS.org.br/2020/04/quando-os-homens-deixarao-de-pensar-que-os-corpos-das-mulheres-sao-propriedade-deles/>>. Acesso em: 14 abr. 2020.

UNAIDS. **We've got the power — Women, adolescent girls and the HIV response.** 2020. Disponível em: <https://www.unAIDS.org/en/resources/documents/2020/2020_women-adolescent-girls-and-hiv>. Acesso em: 10 mar. 2020.

UOL. Bolsonaro diz que pessoa com HIV é “despesa” para o país e elogia plano de abstinência. Brasil: **UOL**, 2018. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/02/05/bolsonaro-pessoa-com-hiv-e-despesa-para-o-pais.htm>>. Acesso em: 10 fev. 2020.

VAINER, C. Quando a cidade vai às ruas. In: MARICATO, E. et al. **Cidades rebeldes**: São Paulo: Boitempo: Carta Maior, 2013.

VIEIRA, A.; BARBOSA, E.; ROCHA, S. Contrarreforma e a Política de Enfrentamento ao HIV. In: ROCHA, S.; VIEIRA, A.; ALVES FILHO, E. **HIV AIDS e as Teias do Capitalismo, Patriarcado e Racismo. África do Sul, Brasil e Moçambique**. Recife: Editora UFPE, 2016.

_____. Política de Saúde e HIV: direito à saúde e reformas regressivas. **Revista Argumentum**, Vitória, v.10, n.1, p. 72-83, jan./abr. 2018.

_____. Determinantes sociais da saúde e AIDS na realidade brasileira. In: ROCHA, S., VIEIRA, A.; SOARES, R. (Orgs.). **Desafios à Vida. Desigualdades e HIV/AIDS no Brasil e na África do Sul**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011.

_____. ROCHA, S.; CASSIMIRO, I.; BARBOSA FILHO, E. Brasil, África do Sul e Moçambique: particularidades socioeconômicas e políticas e a epidemia de HIV e AIDS. In: ROCHA, S.; VIEIRA, A.; ALVES FILHO, E. **HIV AIDS e as Teias do Capitalismo, Patriarcado e Racismo. África do Sul, Brasil e Moçambique**. Recife: Editora UFPE, 2018.

Violência Doméstica durante a Pandemia de Covid-19. Banco Mundial, do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FSBP). Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2020-06/casos-de-feminicidio-crescem-22-em-12-estados-durante-pandemia>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

VILELA, W.; NILO, A. A Epidemia do HIV/AIDS e as políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva: um estudo em 16 países. In: ROCHA, S.; VIEIRA, A. C. de

Souza; SOARES, R. C. (Orgs.). **Desafios à Vida. Desigualdades e HIV/AIDS no Brasil e na África do Sul.** Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011.

_____. BARBOSA, R. M. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/AIDS no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. **Revista Ciênc. saúde colet.** 22 (1) Jan 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n1/87-96/>>. Acesso em: 04 jul. 2020.

ZOLA, M. B. O Trabalho de cuidado e o care social. In: TEIXEIRA, S. M. **Política de Assistência Social e Temas Correlatos.** Campinas: Papel Social, 2016.

APÊNDICE

ENTREVISTADA 1

Dados da entrevistada:

Idade: 27 anos

Feminino

Município/Estado: Recife- PE

Raça/cor: parda

Qual a profissão: auxiliar de cozinha, atualmente estudante do 5º período do curso de enfermagem

Você é dona de casa? Dona de casa

Trabalha com carteira assinada? Trabalhei de carteira assinada durante 03 anos em uma empresa e 01 ano em outra empresa, quando adoeci por causa do lúpus. Dei entrada no auxílio-doença por tempo indeterminado.

Inserida em Programa Social? Não recebo nenhum benefício.

Mora com alguém? moro com meu marido e minha filha de 10 anos.

Relacionamento com os membros da família: tenho um bom relacionamento com a família, mas apenas minha mãe sabe do meu diagnóstico. Moro perto da minha mãe, que me ajuda.

Quais as condições da sua moradia (alugada, cedida..)? Moro em casa alugada, pago R\$250,00, porque falei com o dono da casa, que conheço. Minha casa está interditada, na escadaria. Não recebo ainda o auxílio-moradia, o Governo não liberou ainda. Agora moro embaixo (ao se referir a área inferior ao morro).

Qual a principal fonte de renda? Dos dois, eu e meu marido. Ele é autônomo, tem um oficina, conserta máquina , motor...

O que significa a experiência da soropositividade? O que mudou em sua vida? Não mudou. Vida normal, não fumo, não bebo. Faço minhas atividades normais, cuido da minha filha, vou para a faculdade, vou a noite para a igreja. Quando minha filha vai para escola, vou para a faculdade. Também cuido do meu esposo.

No seu cotidiano é responsável em cuidar de alguém? só eu cuida da minha filha. Só quando precisa, no caso de internamento, o marido fica com a minha filha.

Descrever as atividades: Quem é responsável pelo trabalho doméstico? Quem cuida da casa? é remunerado?

Você deixou de fazer algo que desejava? nunca deixei de fazer as coisas. Divido bem as atividades. Quando minha filha era pequena, trabalhava e deixava com a minha mãe, ela sempre me ajuda.

Teve algum momento que por causa do teu diagnóstico ou em decorrência do tratamento ou das consultas você não pode cumprir suas tarefas? Limpo a casa, lavo roupas, faço comida, ensina a tarefa, passeio com a minha filha e levo para o médico (pediatra). Não sei dizer a quantidade de horas que me dedico a essas atividades. De vez em quando o meu marido ajuda a lavar pratos, lavar roupas, estender, quando eu não estou muito bem. Quando não estou bem o meu marido ajuda, faz as coisas, quando estou cansada. Às vezes chego e o café está pronto. Minha mãe me ajuda também.

Atualmente é acompanhada em algum serviço? faço tratamento aqui. Nunca deixei de vir fazer o tratamento.

Interrompeu ou deixou de fazer o tratamento devido a sobrecarga de trabalho: não parei, sempre me organizo.

É acompanhada por outros especialistas? PSF? faço tratamento aqui com o reumatologista, não tenho dificuldades para marcar. A médica pede para vir tal dia para fazer a marcação, e tenho que vir, se não perde a consulta. No posto só vou ao ginecologista. Lá todo mundo se conhece... Tenho dificuldade de conseguir consulta com o pneumologista, desisti e oftalmologista, que está suspenso.

Discriminação/violência :

Na enfermaria de cirurgia aqui, o médico falou o meu diagnóstico na frente das pessoas e as pessoas ficaram com um olhar diferente e se me senti mal. Depois procurei o médico e na frente dos estudantes, para que eles aprendam, reclamei com o médico, disse que não poderia fazer isso. Ele me pediu desculpas. Nessa enfermaria (Dip Adulto), tem essa paciente que não é soropositiva e é também enfermeira, e estava conversando com uma colega, acho é enfermeira daqui do infantil. E ela (a funcionária do hospital) disse a paciente que não deveria está aqui. Acho que olharam meu prontuário. Às vezes os profissionais de saúde (médicos/enfermeiras) falam e os outros pacientes que não tem, ficam olhando, com medo de ir até no banheiro.

Você costuma ter acompanhante no internamento e /ou consulta? Para as consultas no DIP/Adulto, venho com meu marido. Nas outras venho só. No internamento fico só com minha mãe.

Para acessar o hospital /transporte: Venho de ônibus. Não tenho dificuldades para pagar passagem.

Atividade doméstica por ser mulher: faço a comida. Meu marido não gosta de cozinhar. As vezes ele joga o lixo fora, coloca a roupa na máquina, enche água (balde), dar banho no cachorro, quando está em casa sem fazer nada. Às vezes minha filha ajuda, varre a casa, arruma a cama, dobra as roupas, ajeita a bolsa.

Em caso de adoecimento tem alguém que cuide de você e da casa? Quem? Quando fico internada são poucos dias, o meu marido organiza a casa.

Tem alguma observação? Tenho dificuldade em ter a medicação do lúpus. Na farmácia do Estado as vezes não tem e a cada 3 meses tem que renovar a receita. Costumo comprar. Tomo dois remédios, um custa 80 reais e outro de 26 reais. A médica passou predinizona que custa 15 reais.

Entrevistada 2

Dados da entrevistada:

Idade: 38 anos

Feminino

Município/Estado: Caruaru - PE

Raça/cor: branca

Qual a profissão: cabeleireira

Dona de casa

Trabalha com carteira assinada? Já trabalhei de carteira assinada e nesse ano contribuí como contribuinte individual ao INSS, mas quando precisei solicitar o auxílio-maternidade, mudou a medida provisória e não consegui acessar o auxílio-maternidade. Dei entrada no Benefício de Prestação Continuada (BPC) para ver se consigo. Essa dificuldade ocorreu porque houve muita roubalheira no INSS, com rombo na previdência, tendo que ter mudanças. Tanta gente roubando e eu não recebo o BPC.

Inserida em Programa Social? Não recebo nenhum benefício.

Mora com alguém? Moro só com minha filha, de 09 meses. O pai dela viaja muito.

Relacionamento com os membros da família: Os meus pais são separados. A minha mãe mora com os filhos e trabalha para ela mesma. O meu pai é casado e mora com os filhos. São evangélicos. Não tenho maiores problemas com eles. Eles sabem que tenho a doença. Minha mãe mais atrapalha...

Quais as condições da sua moradia (alugada, cedida..)? Moro em um apartamento alugado, pagando R\$700,00, é muito bom, mas agora está fechado. Pretendo me mudar, é muito caro e está há 02 meses fechado, porque estou de hospital em hospital!

Qual a principal fonte de renda? A fonte de renda é do meu marido, mas quando melhorar e sair do internamento pretendo voltar a trabalhar e a fazer minhas atividades.

O que significa a experiência da soropositividade? O que mudou em sua vida? Houve mudança sim! A princípio deu uma pane, foi muito angustiante, depois ficou normal. Fui aconselhada a não fazer o tratamento (não havia necessidade inicialmente- devido ao protocolo). Passei anos bem. Até que comecei a ficar doente. Tanto tempo que fiz o teste, que não acreditava na doença. Até que iniciei o tratamento, pela primeira vez, tive mal-estar e depois fiquei normal.

A medicação não deixa você imune, quando iniciei a medicação, acreditava nela. Depois descobri que causa muitos danos. Os médicos dizem que é importante tomar medicação, que faz bem. Bom pra quem cara pálida? Eu acredito que a medicação traga várias doenças. As indústrias de medicamentos ganham muito dinheiro, devido as patentes. Depois de um tempo meu marido alertou que não precisava tomar a medicação. Comecei a assistir vídeos, a ler na internet.

Posso te dar um exemplo? Sempre tive problemas para engravidar, mas consegui engravidar por estar saudável. A filha não tem nenhuma doença, nasceu saudável. Nunca teve nenhum catarro nas "ventas". Depois do parto, comecei a tomar por conta própria antibiótico, tive medo de infeccionar a cirurgia. Até então estava bem.

Fui muito maltratada no parto, fiquei 08 dias internada na maternidade. Fiz meu pré-natal no particular, mas não consegui fazer o parto. Tive que ir para o público. Não tive direito a nada! Não pude amamentar. Mesmo fazendo o que eles (os médicos) queriam, fui maltratada. Eles diziam: como sabia da doença e não tomei o AZT. Minha filha nasceu no peso, bem, por não ter dado AZT. Não fizeram exames e entupiram a criança de remédio. Que mundo é esse? se uma mulher grávida (sem a doença) não pode tomar nem um dipirona, porque eu tenho que tomar o AZT? Só conseguiria algum direito, se voltasse ao tratamento. Tive que me humilhar para voltar a fazer o tratamento. Não me deram medicação, e internaram logo!

Busquei as informações! A verdade deles (médicos) é a verdade absoluta e eu pesquisei sobre a doença. Meu direito fica aonde? Por que sermão? Não tenho direito a escolher? A questão do HIV é como se fosse lepra, tem que se afastar, tem que fazer medicamento. Fiz tratamento por 03 anos e não tinha saúde, tive várias complicações. Quando parei de fazer a medicação, a

minha saúde voltou. Tomava corticoide, “era um inferno!” Os médicos dizem, que a medicação baixa a imunidade, mas não é para melhorar? Não é bem como se prega, tem um sistema para ganhar dinheiro.

Antes falavam, use camisinha, destruíram as famílias! Mataram muita gente antes e agora se mata aos poucos. E as pessoas aceitam!

No seu cotidiano é responsável em cuidar de alguém? Já cuidei sozinha da minha avó, que faleceu em 2014, tinha Alzheimer e teve um AVC. Agora cuido só da minha filha, 24 horas por dia. Divido os cuidados com o pai da minha filha e agora com os meus pais porque estou internada.

Descrever as atividades: Em relação a minha filha faço alimentação, banho, normal... Eu consigo tomar banho e me cuidar. No começo tinha mais dificuldades, devido a adaptação (pós-parto). Fiquei sozinha para cuidar da minha filha, depois fui me recuperando. Normalmente quando a pessoa tem filho, fica com alguém nas primeiras semanas, o marido, a mãe, mas eu fiquei só. Acho que quebrei os pontos da cesárea.

Quem é responsável pelo trabalho doméstico? Quem cuida da casa? é remunerado? Só eu faço. No começo, após o parto, pagava uma pessoa para lavar roupas. Depois do parto não voltei a ter uma vida normal.

Você de fazer algo que desejava? Abri mão de tudo para cuidar da minha filha, principalmente nos primeiros meses. Não dar para deixar em creche, em hotelzinho. Minha mãe não ajuda. Quando o marido é bom...

Tu achas que o fato de ser soropositiva te fez mais ou menos obrigações de cuidar das pessoas? Ou não mudou nada? Não mudou. Inclusive cuidava da minha avó, sozinha e eu já era soropositiva. A minha avó tinha Alzheimer e teve um AVC, trocava a noite pelo dia. Trabalhava a tarde enquanto ela dormia e passava a noite acordada com ela. Nem parece que isso aconteceu comigo, parece que estou contando a história de outra pessoa.

O problema são os remédios. Caso você tenha uma qualidade de vida, não precisa de medicação. O que é essa qualidade de vida? Boa alimentação, suplemento, exercício físico, bom sono, a questão espiritual, família. É preciso ter um controle, ser regrado. Se a pessoa vive sem limites, vai influenciar. Entendo que você é especial (a pessoa que vive com HIV). Também não tomar remédio sem necessidade. Vida regrada. Compromisso com você! Mesmo na época que minha avó estava doente, fazia exercício em casa, o mínimo que fizer já serve. A minha mente e corpo não podiam ficar parados. Dormir bem influencia. Outra coisa, é não tomar remédio controlado. Mesmo aqueles que não sendo soropositivo, tomam muitos medicamentos e essa pessoa é considerada saudável e eu sou doente?

A alimentação é a base. O foco é faça o teste, use camisinha. O foco deveria ser na escola para trabalhar sobre alimentação. A pessoa só pensa em fazer quando está em cima de uma cama. A indústria alimentícia e de medicamentos querem ganhar dinheiro. Já descobriram a cura para o HIV e o cara que descobriu sumiu. Não há interesse de verdade em encontrar a cura. Só querem ganhar dinheiro. Na verdade as pessoas não podem perceber tudo isso. A mídia só divulga o que quer.

Tem alguém que divida as atividades domésticas? Não. Eu faço tudo só.

Teve algum momento que por causa do teu diagnóstico ou em decorrência do tratamento ou das consultas você não pode cumprir suas tarefas?

De certa forma prejudicou as atividades domésticas, porque havia uma rotina de exames. Não tem outra pessoa para fazer. Faço o que é prioridade. A assistência é medíocre, na média, por ser soropositiva. A mídia faz um bicho por causa da doença e o sistema não é eficaz. Tem profissional que tenta dar uma boa assistência, mas não consegue. Por isso tem abandono de tratamento.

Quem sabe do diagnóstico da pessoa, tem nojo, medo de conviver com o outro. Ou você não diz que tem e se relaciona com o parceiro e usa camisinha, ou antes, de qualquer coisa (sexo) disse sobre a doença e correram. Não é o fim do mundo!

Discriminação /violência: percebo a discriminação da população em geral, não tem informação. As informações da mídia trazem medo e não proporciona o cuidado.

É acompanhada por alguns especialistas na unidade de saúde? Frequenta o PSF do bairro?

Só quando precisei (ginecologista/obstetra) para o parto, mas depois parei. Procurei o Clínico Médico por causa da perda de peso e tentou várias coisas, mas não deu certo. O médico orientou que eu precisava fazer o tratamento. Quando fui para a UPA, fui transferida. Muito desgaste desde o nascimento da minha filha. Não cuidei de mim mesma! Juntou tudo, não tinha quem me ajudasse, só fazia chorar, fui me prejudicando. Quando estava cuidando da minha avó fazia tudo, trabalhava, ia à igreja.

Transporte:

O transporte é por sua conta. Não tem ajuda, se perdeu o horário... o serviço é sem misericórdia (rigidez no atendimento). Deveria ter mais respeito, desestigmatizar os soropositivos. Isso só prejudica, se torna humilhante, vergonha e constrangimento.

Um exemplo disse é quando fiquei internada em outro hospital, os médicos falaram na frente do meu acompanhante o meu diagnóstico. E as pessoas fazem cara de espanto! Quando é câncer, ninguém faz cara de espanto. Falam que vai melhorar e faz cara de pena. Em relação ao transporte para ir ao serviço de saúde não tenho dificuldade, é tudo perto em Caruaru.

Trabalho doméstico por ser mulher: faço todo serviço da casa e cuido da minha filha por ser mulher. Vive uma modernidade e as mulheres continuam cuidando dos filhos e ainda trabalham e a gente aceita, simples! O marido continua trabalhando fora. Novamente o princípio da educação na família. As mães levam toalhas para os filhos e quando casam acham que a mulher é sua empregada. Ensina errado aos filhos e as mulheres se sentem empoderadas, é uma realidade fatal. Não tenho quem cuide da casa, só da minha filha, quando preciso.

ENTREVISTA 3

Feminino

Estado Civil: Solteira (vive maritalmente com o companheiro há 1 ano)

Escolaridade: 4^a série, ensino fundamental

Têm filhos? 2 filhos com idades de 24 e 22 anos e encontra-se gestante de 6 meses, de gêmeos.

Qual sua Raça/Cor? Parda

Qual sua profissão? Cuidadora de idosos e já trabalhou como babá

É dona de casa? Sim

Trabalha com carteira assinada? Não

Qual sua situação previdenciária? Recebe algum benefício/pensão? Qual tipo? Nunca

trabalhou de carteira assinada. Atualmente encontra-se desempregada. Estava trabalhando como cuidadora de 2 idosos, recebia 1 salário mínimo. O filho dos idosos ficou de assinar minha carteira, mas depois de 8 meses me demitiu (em setembro de 2019), depois que descobriu que eu estava grávida. Meu marido falou com uma advogada para resolver minha licença maternidade.

Inserida em Programas Sociais? Qual a fonte (Governos federais, estaduais, municipal, igrejas e/ou ONGs): Não recebo nenhum benefício. Meu bolsa família foi bloqueada, quando meu filho completou 18 anos. Já dei entrada, mas ainda não tive resposta.

ASPECTOS FAMILIARES

- **Sobre sua casa, mora com alguém (com familiares, amigos, filhos)?** Moro com meu marido, vai fazer 1 ano. Moramos em casa própria. Jesus presenteou a gente com outra casa. Ele vendeu duas casas para uma pessoa e como contrapartida ficou com essa casa que é maior.
- **Como é o seu relacionamento com os membros da família?** Me relaciono bem com meus familiares.
- **Caso resida com familiares, algum membro trabalha ou recebe alguma aposentadoria e/ou benefício (Programa Bolsa Família, BPC e/ou Programa Chapéu de Palha)?** O Marido trabalha como pintor, como autônomo.
- **Quais as condições de sua moradia (própria, cedida, alugada, instituição)?** Casa própria.
- **Qual é a sua principal fonte de renda? Tem alguma outra?** A fonte de renda é só do meu marido, ele recebe dos clientes.
- **O que significa a experiência da soropositividade? O que mudou na sua vida?**

Estou tranquila. Normal. Acredito que não estou. Primeiro exame fiz em Olinda (tinha um plano popular). Meu marido pagou um plano e a clínica para que me consultasse só tinha em Olinda. Fiz exames e não deu nada. O médico era muito burro. Ele disse na minha cara que não estava gestante, que isso era doença, mas provei ao médico que não era doença. Ele não quis ver minha Ultrassonografia (USG). Depois disso não quis ir mais lá. Prefiro ficar perto de casa, para não gastar passagem. **Como você foi encaminhada para o HUOC?** Fiz um teste rápido na cidade e deu positivo. Os outros exames não deram nada. Primeiro furou um dedo e deu negativo e o outro dedo deu positivo. Estou estranhando o resultado. A do meu marido deu negativo e faz 1 ano que estou só com ele.

- **No seu cotidiano, você é responsável por cuidar de alguém? De quem? Com que frequência? Quantas horas por dia/semana você passa realizando essa atividade? Por que você se tornou responsável/assumiu esse trabalho? Você recebe alguma remuneração para cuidar dessa pessoa?** Eu era cuidadora dos idosos. Agora só cuido da minha casa e da minha benção.
- **Divide a realização desse trabalho com algum membro da família e/ou amigas (os) e/ou vizinhas (os) e/ou cuidadores?** Não gasto nem 1 hora, quando dá 12 horas está tudo pronto. Quando meu marido chega, pergunta: “tem almoço?” E eu digo “não tem nem graça”. Está pronto!
- **Você pode descrever quais são as atividades referentes ao trabalho de cuidado realiza?**

Quando cuidava dos idosos dava banho, ajeitava ele, alimentava, trocava fralda. Meu marido ajudava no banho dos idosos, porque eram pesados. Jesus levou os dois. A mulher se suicidou, eu já tinha largado do trabalho, estava em Igarassu. Queriam que voltasse no dia para ficar com ela no hospital, mas eu não podia, já estava grávida. Não posso ficar em hospital para não pegar infecção. O idoso adoeceu, eu pedia para o filho levar para o hospital, criou ferida, mas o filho não queria levar para o hospital. Meu marido e a vizinha socorreram o idoso e o filho ficou com raiva. Deram alta ao idoso e depois voltou para o hospital. Aí me demitiu com raiva. A idosa sempre dizia: vou me suicidar. Ficavam 24 horas atrás dela. Tomava remédio e o filho dizia que ela ficava assim por falta de remédio. Só não se suicidou logo porque dizia que eu era filha de Deus, mas ela chamava tanto nome comigo, puxava meu cabelo.

• **Quem é responsável pelo trabalho doméstico? Quem cuida da casa? É remunerado?** Eu gosto de fazer as atividades domésticas. Não gosto de estar parada. As mulheres de lá me chamam de mulher guerreira. Ele ajuda! Quando estou enjoada ele faz o almoço. Antes de estar grávida ele fazia também. “ Se for impulsiva até a roupa lava, mas não deixo. Eu prefiro fazer.

• **Você deixou de fazer algo que deseja muito, como estudar ou trabalhar em alguma área, e não pode por ter que cuidar/trabalhar em casa?** Não deixei. Essa minha primeira filha, foi criada pela avó, eu era adolescente, tinha 16 anos. O segundo filho deixava na creche. Não me “aperreou”. Ia trabalhar de babá no Totó. Adoro criança. Por isso Deus me deu esses dois agora (grávida de gêmeos). Só deixei de estudar por causa dos namorados, quando era jovem.

• **Tu achas que o fato de ser soropositiva/viver com Aids te fez mais ou menos obrigações de cuidar das pessoas? Ou consideras que nada mudou desde o diagnóstico?**

É a minha primeira vez no HUOC. Eu fazia o pré-natal no PSF e parei, porque toda vez que o médico vê a paciente grávida diz que não está. Vou para a outra médica.

• **Tem alguém que divida ou te ajude na divisão das atividades domésticas, de trabalho ou de cuidado?** Prefiro fazer só.

• **Teve algum momento que por causa do teu diagnóstico ou em decorrência do tratamento ou das consultas você não pode cumprir essas tarefas de cuidado? Se sim, quem assumiu essas tarefas enquanto você não podia?**

Meu marido é tranquilo, porque ele não acredita nisso, que estou com HIV.

ASPECTOS RELACIONADOS À SAÚDE

• **Atualmente é acompanhada por algum serviço de saúde para o tratamento da doença e recebimento das medicações antirretrovirais?** Diagnóstico recente. Fez o terceiro teste rápido no HUOC e deu positivo.

• **Interrompeu nos últimos 12 meses o tratamento? Por qual motivo?** Diagnóstico recente.

• **Interrompeu e/ou faltou alguma vez o tratamento devido à sobrecarga do trabalho de cuidado com outros membros da família?** Não

• **É acompanhada por outros especialistas na unidade de saúde que realiza**

acompanhamento? Frequenta o PSF do bairro? Não fui mais fazer o pré-natal porque não gostei do médico.

- **Faz uso diário dos antirretrovirais?--**
- **Após ter conhecimento do o seu diagnóstico sofreu algum tipo de violência (física, sexual, patrimonial, psicológica, institucional) e/ou negligência e/ou discriminação? Não acredito no meu diagnóstico.**
- **Você costuma ter acompanhante em caso de internamento e/ou consulta ambulatorial? Se sim, quem geralmente a acompanha. Cite três pessoas que mais te dão apoio no tratamento.** O marido, mas está preocupado com o trabalho.
- **Para acessar o serviço de saúde utiliza transporte próprio e/ou fornecido pelo município? Tem dificuldade no acesso?** Eu vim de ônibus e andando da avenida para o hospital.
- **Tem algumas tarefas que você cumpre por ser mulher, aquelas que os homens geralmente não querem ou não sabem fazer? Que tarefas são essas? Tem alguém que te ajude? Se Sim, quem? Você acha que essas tarefas atrapalham o teu tratamento?**

A cozinha, é de mulher. Meu marido ajuda. Dá até raiva. Às vezes mando ele ir trabalhar.

• **Em caso de adoecimento, tem alguém que cuide de você ou da casa? Quem?** O marido. Minha filha é casada e tem filho, ela é bem apegada a mim. Liga todo dia. Meu outro filho trabalha.

• **Tem alguma observação que queiras fazer sobre o que nós conversamos**

ENTREVISTADA 4

Dados da entrevistada:

Idade: 43 anos

Mulher trans

Estado Civil: Casada há 12 anos (união estável), com o mesmo homem. Ele trabalha em uma pousada em Fernando de Noronha. Eu moro aqui em Recife e ele vem para cá a cada 15 dias. Eu não consigo ficar lá (em Fernando de Noronha). É muita água. Sabe o que tenho medo de Noronha: um tsunami. Fico apavorada quando vou pra lá. Ele só trabalha lá há 6 anos, nesse tempo, só fui 4 vezes pra lá. Não me sinto bem, não sinto bem de forma nenhuma. Vou agora passar o réveillon lá, ele veio no natal.

Escolaridade: Ensino Médio completo

Profissão: Técnica de Enfermagem, mas não exerço a profissão. Exercia até uns 2 anos, mas parei, meu marido me fez parar.

Têm filhos? Não tem filhos

Raça/Cor: Negra, tenho descendência negra, então sou negra.

Dona de casa: Não sou muito dona de casa. Eu não sei fazer muita coisa. Comida não sei. Pergunta: As outras coisas da casa você sabe fazer? Sei, as outras coisas sei fazer. Cuido dos meus cachorros, meus filhos.

Cuida dos cachorros (2)

Você trabalhou de carteira assinada: Já trabalhei. Agora parei. Faz 1 ano e 8 meses. Parou por causa dele? Não porque eu quis, mas ele influenciou também.

Continuo contribuindo para a previdência social. Faz mais de 12 anos. Em 2007 eu comecei, na época que eu descobri meu problema. Continuo pagando como autônoma.

Inserida em algum programa social: Eu recebo 1 salário mínimo do governo federal. O BPC.

Recebe Bolsa Família: Não. Eu recebia, mas depois que comecei a receber o salário mínimo cortaram.

Você mora com quem? Eu, meus cachorros e meu marido. Os meus dois filhos ficaram no PET. Eu deixei eles no PET, porque vou levar eles para Noronha.

Têm membros da família, outros parentes? Na minha casa não. Tenho familiares em Olinda. Antes eu morava em Olinda. Agora moro no Recife.

Como é seu relacionamento com eles: Maravilhoso. Tanto a família da minha mãe como a do meu pai, que já é falecido meu pai, há 14 anos. Minha família sabe do que eu tenho, desde o primeiro momento.

Reside em Casa própria.

Principal fonte de renda: eu tenho minha fonte de renda, mas a principal é dele, do meu esposo. Fez 5 anos que a gente fez união estável. É importante isso para muita coisa (a união estável), mas acho que não deixo ele mais não. Esse é o quarto marido que eu tenho e acho que esse eu não deixo mais não. Já estou há 12 anos com ele, agora dia 24 de dezembro. Papai Noel me deu ele.

O que significou para você o diagnóstico? Vê só, eu descobri muito por acaso, antes eu era prostituta, trabalhava na rua. Então saía com muitos homens e não me precavia. Aí eu tive um problema de sífilis, foi nessa sífilis que descobri e tive Tuberculose extra pulmonar, por trás do pulmão, que ninguém descobria o que era. Ficou internada alguma vez aqui no HUOC? Não. Quando eu tive tuberculose, não tinha vaga. Minha médica me transferiu para o Hospital das Clínicas, fiquei três meses internada. Meus exames, meu CD 4 dava alto, estava com a imunidade alta, mas na verdade não era, foi um disfarce, entendeu? e a médica não conseguia descobrir. Eu passei 3 meses indo e vindo para o hospital e a médica sem descobrir, porque minha imunidade estava super alta, mas foi um disfarce para o vírus, por conta da tuberculose. E minha tuberculose para descobrir passei três meses no hospital, fazendo exames para poder descobrir. Minha tuberculose era extra-pulmonar, no baço. Eu fiz um exame terrível, colocaram uma agulha bem fina para tirar o líquido daqui (pulmão), foi quando descobriram.

Sobre o HIV quando descobriu: Eu sempre fui uma pessoa bem esclarecida, se a gente tem uma coisa é porque a gente procurou aquilo. A minha cabeça é muito focada

em resolver os meus problemas, então eu assimilei isso e cuidei disso normalmente. Procurei o tratamento e graças a Deus estou aqui até hoje.

Mudou alguma coisa na sua vida? Algumas coisas. Tipo assim vê só. Antes eu podia fazer algo a mais, beber muito, muita noitada, hoje já não faço mais isso. Antes eu tinha muitos parceiros sexuais, hoje em dia só tenho um parceiro só. Isso mudou completamente.

No seu cotidiano você é responsável em cuidar de alguém? Só dos meus cachorros.
Quantas horas? De Outras pessoas?

Eu cuidei da minha avó que faleceu o ano passado, eu passei um ano na casa da minha mãe cuidando dela. Porque ela tinha Alzheimer e ela faleceu com 102 anos. Fez 1 ano agora em dezembro. Aí minha mãe estava muito atarefada, que minha mãe é costureira profissional e ela passou a ter mais cuidados, né. Aí passei mais de 1 ano na casa da minha mãe, indo e vindo para o Recife, entendeu, por conta do meu esposo. Ele se adaptou super bem a isso, porque ele ama minha mãe e minha família. **Por que você se tornou cuidadora?** Porque, vê só, minha mãe colocou uma pessoa para cuidar, depois de um tempo ela sentiu que minha avó estava sendo maltratada pela pessoa. Então ela não confiou em mais ninguém. Aí eu me pus a ficar com ela, até ela morrer. Inclusive o último banho que foi dado nela, fui eu que dei e ela morreu nos meus braços, no dia 04 de outubro do ano passado. Ela foi muito bem cuidada por mim. Minha avó ficou acamada por três anos, usando geriátrica (fralda), mas minha avó morreu sem nenhuma escara, com nenhuma lesão no corpo, muito bem cuidada por mim. Por minha mãe e minha tia. Minha tia mora aqui em Recife, mas sempre estava lá, depois que ela ficou acamada, ficou vegetativa, em casa. Um ano antes a gente já começou a alimentar ela de mamadeira, ela virou uma criança. Aí eu passei a cuidar dela. Desses dois anos que eu passei a cuidar dela, ela faleceu super limpinha. O médico que ia lá, frequentemente ia lá, ele achava incrível ela está tão perfeita, sem escara. Eu sempre mudava de posição. Passeava muito com ela na rua, ela gostava de ver a rua. Meus cachorros iam também.

Você recebia alguma remuneração por esse trabalho? Não, não. Nem que minha mãe quisesse, eu ia querer, de forma nenhuma. Pela minha avó eu faria tudo de novo.
No caso você dividia essas atividades com quem? Minha tia sempre estava lá. Ela ia duas vezes por mês. O cuidado direto: Era comigo, sempre. Depois que eu cheguei na casa da minha mãe, minha mãe passou a não se preocupar mais com minha avó, por conta do meu super cuidado com ela, eu sempre fui muito apegado a ela, sempre fui a neta muito apegado a ela desde criança, que eu morei com minha avó quando era criança, eu sempre fui muito apegado a ela, então esse laço foi até ela falecer. Quando vinha para o Recife, resolver meus problemas do médico, ela (a avó) não comia. Ela passava o dia todinho sem comer. Minha mãe ia dar comida a ela e ela dizia: cadê a menina? Cadê a menina? Não vou comer essa porcaria. Eu quero a menina? Ai quando eu chegava a noite, aí falava do terraço: cadê minha filha? Na mesma hora ela levantava a cabeça. Mamãe caía em lágrimas. Pelo amor de Deus (a mãe dizia) ela não comeu hoje. Ela ainda falava, no final, uma semana antes dela falecer, ela parou de falar. A doença tomou conta mesmo, degenerou. Ela foi perdendo os movimentos. Uma semana

antes, ela parou de comer. Ela teve que ir para o soro, passou dois dias antes de falecer no soro.

Além dos cuidados, você fazia mais o que? Medicação. Alimentação, banho. Sempre fiz a alimentação dela. Minha avó foi uma das (...) a gente colocava o máximo de coisas, suplementos, porque ela enjoava. Eu sempre trocava, porque ela enjoava. A única coisa que ela não enjoou, que ela comeu até o final da vida foi iogurte. Ela amava tomar iogurte na mamadeira. Ela foi muito bem cuidada por mim e minha mãe. Minha mãe passou 14 anos com ela. Meu avô faleceu e deu minha avó, minha avó já tinha Alzheimer quando meu avô faleceu. Meu avô faleceu com 85 anos, eles eram da mesma idade. Aí meu avô entregou minha avó a minha mãe. Só você toma conta dela, mais ninguém. Além da minha mãe tem mais duas irmãs. Na época minha mãe morava perto deles no interior e eu sempre morei aqui no Recife. Ai ele sempre foi muito apegado a mamãe e mamãe a ele. Meu avô teve um AVC, passou 5 anos em cadeira de rodas, depois faleceu. No dia do falecimento ele entregou a minha avó a mamãe e ela cuidou por 14 anos. Eu passei a cuidar agora, nos últimos 2 anos, quando minha avó já estava no terceiro estágio do Alzheimer, ela ficava as vezes agitada sem dormir. Ficava com ela a noite toda com ela. Ela passava mais ou menos três dias em crise. O pé dela inchava tanto, porque ela andava ainda. Eu estudei muito sobre o Alzheimer. Eu fiz o curso de Técnica de Enfermagem antes da avó.

Na sua casa quem faz o trabalho doméstico? Eu tenho uma menina que vai lá a cada 15 dias. NO cotidiano eu faço. Eu só não sou muito apta a lavar roupa, fazer comida, mas tomar conta da casa, eu gosto e dos meus cachorros. O resto tudo bem, pede Ifood, mais prático. Muito prático.

Projetos profissionais e de vida: Não. Eu me entreguei totalmente aos cuidados da minha avó. Quando eu quis cuidar dela, quando minha mãe me pediu e me perguntou, aceitei na mesma hora. Ela ligou para mim e perguntou se podia tomar conta da minha avó, até arrumar outra pessoa. Quando eu fui não quis que arrumasse outra pessoa. Quando meu esposo chegava ia para lá para Carpina, porque minha mãe mora em Carpina, antes morava em Surubim e meu esposo ia pra lá, ficava comigo lá. Passei dois anos em Carpina por conta da minha avó. Não deixei de fazer nenhum projeto, de forma nenhuma. Por ela deixaria, só não deixaria pelo meu marido. Acho que ele não me deixa mais.

Sobre a soropositividade te trouxe mais ou menos obrigações? eu tive cuidado em contar para as pessoas certas. Eu moro no Recife há 12 anos e ninguém sabe. Minha família sabe. Meu cuidado foi esse.

Em relação as atividades domésticas têm alguém que divida com você? Não preciso. Meu marido quando está em casa, ele dorme porque ele trabalha muito. Quando ele está em casa você acha que faz mais coisas ou não? Não. A gente sai mais, eu gosto de passear, de comer fora, pelo fato de não saber cozinhar. Ele pede para fazer curso de culinária e eu falo Deus me livre! Quero não.

Na época de sua avó, deixou de fazer alguma consulta? Não de forma nenhuma. Quando eu saía, quem ficava com minha avó era minha tia, sempre que eu vinha para o médico minha tia já estava lá. Minha família sabe o que eu tenho. E os amigos? Os

amigos tenho muito pouco, uns 4. Colegas tenho muito, mas amigo uns 4. A gente travesti, transexual tem muito colega, mas amigos mesmo, para dizer assim: você é meu irmão mesmo de verdade, que sabem do meu problema, são 4 travestis, somente, que são amigas mesmo, desde criança conheço elas. A gente praticamente fomos criadas juntas, no mesmo bairro. Entendeu? Aí sabem do meu problema.

Você se sentia sobrecarregada nos cuidados da avó? Não. Faria tudo de novo. Faria novamente. E gostaria que ela tivesse viva, para fazer os 102 anos dela.

Em relação a sua saúde:

Faz acompanhamento no HUOC.

Interrompeu nos últimos 12 meses o medicamento? Uma vez, por não ter. Passei 15 dias sem tomar, porque teve um problema aqui no Oswaldo Cruz, aí não tinha. Foi uma questão do serviço, não foi por mim, de forma nenhuma. Venho periodicamente, quer dizer eu faço três consultas por ano, mas medicação eu pego todos os meses. Aí eu fico pegando dois meses (a receita), porque viajo muito. Vou muito na casa da minha mãe, aí geralmente eu pego, agora mesmo em dezembro vou ter que pegar já de janeiro, porque em janeiro não vou está aqui.

Você cuida da sua mãe? minha mãe é super bem de saúde. Falo com ela toda hora por telefone, em chamada de vídeo, amo falar com ela em chamada de vídeo, mas assim a semana passada eu tive lá, antes do Natal eu tive lá. Ele (o marido) chegou antes do Natal, aí ele disse: vamos ver tua Mãe! Fui levar o presente dela, uma televisão de 50 polegadas para dar ela. Ele (o marido) é muito apegado a ela e ela muito a ele. Louca por ele! Ela briga comigo, por conta que eu brigo com ele. É incrível! Pare de brigar com Edvaldo, ele não faz nada com vc. Hummm tão bonzinho! Vá viver com ele 12 anos com ele, querida!

Você faz acompanhamento com outros especialistas? Não. Agora estou fazendo o tratamento dentário. Estou retirando todos os dentes para colocar implante. Por conta do... essa medicação destrói a dentição das pessoas. Isso eu já reclamei muito com a minha médica. Estou tirando todos, porque em fevereiro vou terminar de tirar e vou para São Paulo fazer os implantes. Não é aqui no Oswaldo Cruz, é um dentista particular. Não vou mais para outros médicos. Depois dessa minha internação em 2007, não tive mais problemas clínicos. O meu problema é o vírus, mas nenhum problema de saúde.

Depois do diagnóstico você sofreu algum tipo de violência? Não. Nunca. Até então meu marido é um *gentrimã*, eu que bato nele.

Na sua vida você já sofreu algum tipo de violência? Já quando fazia prostituição, já tive alguns problemas. Depois do diagnóstico: não, de forma alguma. No Huoc sempre fui bem recebida. E em outros lugares, alguma discriminação? não. Nos outros lugares ninguém sabe do meu diagnóstico. Eu já tive alguns problemas (pela homossexualidade), eu sou uma pessoa muito esclarecida, piadinhas ficaram para pessoas chulas e pessoas leigas. Então para mim... eu escuto muita piada na rua, mas para mim tanto faz. Quando eu estou com meu esposo de mãos dadas, ele também é uma pessoa super esclarecido.

As consultas vêm só ou acompanhado? Venho só. Não preciso.

Transporte: Agora venho de uber, pq meu carro está quebrado. Aliás, eu vou trocar de carro. Estou merecendo trocar de carro, meu esposo vai me dar um carro de presente. Tem que ganhar na megasena (risos).

Tem alguma atividade, de cuidado ou trabalho por ser mulher? Não, não, não. Até então nunca fiz serviço de homem. Nunca fiz, desde criança. **E o que é serviço de mulher e de homem?** Serviço de mulher é lavar uma roupa, lavar um prato, é arrumar uma casa, cuidar de uma pessoa que você está, para mim isso é serviço feminino. Eu nunca fiz serviço braçal de homem, nunca fui para uma construção civil. Eu sempre fui criada, desde criança mesmo a ser muito afeminada, sempre. Eu me descobri homossexual com 9 anos. Eu me apaixonei por meu primo de 12 anos. Eu comecei a ter um relacionamento com ele. Aos 09 anos eu sabia que eu não gostava de meninas. Eu gostava de meninos e com 13 anos eu assumi para minha mãe. Minha mãe já sabia. Minha mãe sempre soube. Eu sempre tive cabelo grande. Minha mãe fez uma promessa quando eu era pequeno, para cortar o cabelo com 7 anos. Ai quando foi cortar o cabelo, eu não quis cortar. Isso minha mãe já percebeu. Já percebia minha feminilidade, meu jeito e que não brincava com os meninos. Eu não gostava de brincar de bola, de brinquedos com os meninos. Gostava de brincar com as meninas. Minha mãe sempre foi muito esclarecida, devido a isso. Agora só tenho eu e minha irmã. Eu tinha um irmão caçula, mas ele faleceu, há uns três anos atrás, em um acidente de moto. Ficou só eu e minha irmã, mas minha mãe sempre soube. Minha sexualidade e a descoberta do vírus, fui muito bem aceita e não sofri nenhum tipo de preconceito. Eu conheço gente que a família faz isso, eu convivo com um amigo meu que a família faz isso. Ele vai muito lá em casa, gosto muito dele. Ele arruma muito a minha casa, não porque eu peça, mas porque eu ajudo ele. Porque eu vejo que a família dele maltrata muito ele, entendeu? Discrimina ele, quer dizer ele tem um prato marcado, um garfo, uma colher marcada para comer. Danilo o dia que você quiser vir morar na minha casa, pode vir, mas ele tem uma avó que ele também cuida, mas é a mãe dele mais preconceituosa. Ele não é travesti, não tem nome social. É um menininho. Ele levou meus filhos para o pet. É uma pessoa muito brincalhão. Eu tenho muita amizade, faz tempo que moro lá. Tem gente que não gosta também, por ser um casal homossexual.

Você aos PSF? Não vou ao PSF. Meu tratamento é único e exclusivo aqui. Além de ser esclarecida, eu confio muito na instituição que eu estou.

Em caso de internamento? a mãe ficou todo tempo. Ela deixou minha avó sendo cuidado por uma pessoa e passou o tempo todo comigo, 24 horas por dia, durante 3 meses. Quando eu tive a tuberculose, eu fiquei muito fragilizada, meu cabelo caiu, cortei o cabelo, mas ele voltou ao normal.

Entrevista 5

Idade: 42 anos

Sexo: Feminino

Estado Civil: casada

Escolaridade: Pós-graduada

Profissão: Assistente Social

Raça/Cor: Parda

Dona de casa: Também

Município: Olinda/PE

Tem um filho de 18 anos.

Trabalha de CTPS há 25 anos (15 anos em unidade hospitalar).

Inserida em Programa Social? Atualmente não.

Mora com alguém da sua família? Só eu, meu filho e meu esposo.

Casa própria.

Você tem outros familiares? Como é seu relacionamento com seus familiares? (suspiro)
Renata, assim, minha vida é muito assim, vivo no convívio com minha família, marido e filho. Tenho contato com minha família, irmãos, meus sobrinhos, tias, a gente se fala, mas não tenho mais o contato de antigamente. A gente tem esse grau de distância. Vai se distanciando da vida anterior, então assim, para ter o convívio mesmo, principalmente hoje em dia mais muito não. Por quê? Teve o falecimento dos nossos pais, que agregava e que hoje dissipa totalmente a família. O pilaste da família quando cai... Minha avó faleceu o ano passado, então assim, foi outro afastamento também, das minhas primas. Cada um vive praticamente sua vida, né? Então assim, eu tenho uma vida muito corrida. Trabalho no Hospital. Então eu trabalho de 7 da manhã as 16 da tarde, as vezes eu estendo até as 18h00, quando eu saí do hospital coragem nenhuma, para casa. Quando eu chego em casa, tomar banho e dormir. Aos sábados, que são os dias que eu estudo, duas vezes ao mês, pronto. As vezes, convive social, as vezes vou a casa dos meus irmãos, que é muito longe, aí já desisto. Já estou tão cansada da rotina da semana, que você fica...quando chega no final de semana, você faz caramba! O cansaço já vence. Eles moram em outro município. Minha afilhada mora lá, às vezes meu marido fala: ela é muito novinha, fica fazendo vídeo que ela lembra de tu. Daqui a 6 meses vou lá.

Qual a principal fonte de renda da casa? A minha e a do meu esposo. Meu filho vai começar a trabalhar agora, eu acho né, se não atrapalhar a faculdade... se atrapalhar não vai.

Tempo de tratamento? 8 anos que faz tratamento no HUOC. Como foi descobrir o diagnóstico? (risos) é horrível porque você se sente, principalmente porque sou muito independente, então assim, você, eu não tinha mais meus pais na época, eu tinha vergonha de mim mesma, porque querendo ou não, é... foi uma pulada de cerca que eu dei, quando me separei do meu marido. Aí, conheci uma pessoa, jurando que era certinho, bonitinho. Aí nunca pensei que isso ia acontecer comigo. Porque a gente não pensa, porque quando, eu vi quando essa doença chegando e convivia aqui no Hospital Oswaldo Cruz, que minha mãe era funcionária daqui e eu vi os trâmites, via os pacientes sofrendo aquela situação. Foi por uma TB, não, foi uma pneumonia que peguei lá no hospital, trabalhava no bloco cirúrgico, 3 meses depois voltei para o meu trabalho, depois da pneumonia. Eu fiz um teste novamente (o de HIV), que eu fazia todo

ano, todo ano eu fazia, mesmo eu tendo relação com meu marido com camisinha, tudinho, a gente fazia, mas aí quando eu descobri meu mundo caiu, mas Graças a Deus eu tive apoio de amigos daqui mesmo, que trabalham no Oswaldo Cruz, que eu conheço um bocado de gente aqui e só tive dificuldade mesmo no meu trabalho. Porque o exame foi aberto. O hospital soube todinho e eu fui a última a saber, se você perguntar a Dra. como cheguei aqui, eu não fazia outra coisa, só fazia chorar. Eu chorava de manhã, de tarde e de noite. Aí, foi até na época que eu estava voltando para o meu marido e tive que contar, eu tinha que ser honesta, aí ele fez: não, a gente continua do mesmo jeito. A gente já usava (camisinha). Agora eu acredito se você furar a camisinha, realmente, camisinha se fura. Eu não sabia, né! Nunca tinha acontecido. Num deslize que aconteceu. Fui sorteada! Mas valeu a pena, às vezes a gente está tão, olhando só para o espelho, só se vendo que a gente acha, que a gente não é capaz de ter aquilo e quando a gente tem a gente vê realmente, as pessoas boas que estão ao seu lado. A gente muda muito! Não fui afastada do meu trabalho, a Dra. queria me afastar, não quis ser afastada. Nem quando estava começando o tratamento. Ela me deu alguns dias, para poder adaptar, mas depois disso. A gente enfrenta certas batalhas no dia a dia, tive uns contratemplos lá no trabalho, tudinho, mas aí diante disso, tive o apoio do meu esposo, graças a Deus! Meu filho não sabe, ainda. Fico tentando, assim, quando ele fizer 18 anos eu falo, mas agora já mudei! Quando fizer 21 anos eu conto para ele. Fortalecida eu estou, só não sei se ele está. Querendo ou não, é como se dissesse: é minha única mãe. Ele é meu único filho, eu não quero abalar a estrutura dele. Porque abala! Você faz assim, hoje em dia tem vários medicamentos, você vive uma vida social tranquila, você tem uma vida normal, como qualquer outra pessoa, que se cuida! Mas quem não se cuida, infelizmente tem muita gente que adoece por causa dessa doença, sim! Mas quando você tem o tratamento, como a Dra. diz, você é normal como qualquer ser humano. Acho pior que adoecer de câncer, aquele sofrimento (...). O que eu tenho é uma gripe, na frente deles. Então assim, pelo fato de trabalhar no Hospital XXXX me ensinou muito.

Mudou alguma coisa na sua vida? As mudanças foram mais essas, como você vai encarar a vida e no decorrer do tempo, eu soube que uma prima minha tinha também (HIV), mas ela não sabe que eu tenho. Então assim, eu me recolhi muito para muitas coisas. A pior coisa do mundo não é o preconceito do próximo, é o seu próprio preconceito. Quando você vence seu próprio preconceito o resto a gente vence! Hoje em dia falo normal. Uma amiga estava triste, falando dos problemas. Eu disse: amiga faça isso não, problema maior eu tenho e estou vivendo, sobrevivendo, estou curtindo, estou sorrindo. Tem problema, tenho. Tem dia que acordo péssima, tenho, mas mesmo assim, agradeço a Deus por estar viva. Daí contei para ela e ela, mentira, tu jura? Juro, eu tenho. Poxa, tu tem isso e é assim, mas tenho que ser assim, se você não se automaticamente não se levanta. Você não tem fé em você. Você não acredita em você. Não estou em quarentena. Eu estou vivendo! O importante é isso. Querendo ou não isso tem influência muito grande nas pessoas ao seu redor. Para você ver meu esposo mesmo, tomou o remédio! Hã, não! Vá tomar o remédio! De vez em quando esquece. Aí as pessoas perguntam e ele sabe? Sim, desde o início. Eu disse a ele que ia deixar ele de novo. Ele: pelo amor de Deus não faça isso! Não, você não me merece, mas chorava, chorava... Dra. fazia, não tenho como lhe consultar, porque você só faz chorar. Agora a gente rir, mas na hora... pensamentos horríveis. Eu pensava até em me matar. Fui para a

igreja, ficava escutando a palavra de Deus. Parecia que estava falando para você. Daqui a pouco passava perto de um carro e fazia, eu não mereço está nesse mundo. Eu morro de medo de ponte, aí cheguei junto da ponte assim... pensei: não vou levar esse pecado para Deus, não (risos). É horrível e quando você passa, assim a única pessoa que eu tinha no momento era meu esposo que sabia, né? e o pessoal do hospital, que me olhava atravessado. Parecia uma coisa, na hora acontece tudo. Você nunca levou um corte junto das pessoas, você se corta, como aconteceu comigo. Eu me cortei no prontuário, fiquei nervosa, aí passei a mão no prontuário, o sangue pelo chão. Aí a técnica de enfermagem, chama a menina da limpeza, chama a menina da limpeza, que não chegue junto do sangue da Entrevistada. Aí eu disse, nem se eu tivesse com alguma coisa assim, infectocontagiosa que transmitisse pelo ar. Você sabe que querendo ou não o vírus já morre em contato com o ar. Aí olhei assim, ela tinha mais conhecimento do que eu! Teve gente que chegou, gente novato, um Engenheiro mesmo lá, que ele chegou e a chefe do RH, que não bato muito com ela, disse para ele: não fala muito com ela, não se envolve com aquela menina não. Ai disse, pronto! Eu sou casada. Eu estava conversando com ele porque a gente criou uma amizade e a gente gostava muito de conversar, porque eu acho muito lindo engenharia e ele dizia, vá, estude, me dava apoio. Ela foi dizer a ele, não chegue junto dela que ela tem AIDS e ele me contou. Ele disse: um dia que você botar um processo nela, pode me chamar que eu vou (testemunhar).

Passou por alguma situação de negligência/violência? Sim, mas assim eu fico olhando, acho que as pessoas que fizeram comigo sofrem mais, porque ela não tem discernimento e nem tem a capacidade de ser humilde com o próximo, amigo ou solidário. Solidariedade nessas pessoas é zero. Eu não gosto dessa pessoa (a do RH), ela tem câncer, não sei como consegue jogar pedra, se seu telhado é de vidro. Então assim, é muito complexo. Só Dra. sabe o que ela aguentou. Foi Deus que colocou Dra., ela é excelente. Um anjo, paciente Jesus amado.

No Huoc passou por alguma situação de violência: Não, graças Deus não. Não pelo fato, de conhecer as pessoas, algumas pessoas eu conheço de muitos anos. Até as que eu não conheço, nunca, aqui mesmo no DIP, são super solidários. Somos tratados como pessoas, como seres humanos normais.

No seu cotidiano cuida de alguém? Faço, mas pouco. Lá em casa quem cozinha é meu marido, a única coisa que gosto de fazer é limpar a casa, pronto, das vezes que estou muito cansada, ele (o marido) chama a menina que sempre faz, mas aí, é que além do que eu já tenho, eu já tinha asma, eu me canso rapidinho, se eu andar no sol (som de falta de ar), cansando. Então assim, eu faço as coisas em casa, mas não com tanta frequência, quem faz almoço, tudo é ele (o marido). Ele adora a cozinha. Dou a cozinha todinha para ele. A noite quando eu chego, eu só faço me organizar para trabalhar no outro dia. Tomo meu banho, vou jantar e vou descansar. No final de semana? Faço, cuidar da casa, quando tem alguma coisa que precisa eu ajudo ele. Eu gosto de fazer essas coisas. Até um dia desses dei uma de pedreira, adooooo! (risos). Meu pai dizia, você deveria ter nascido homem (risos). Meu sonho era fazer mecânica, mas ele não deixava não, porque mulher era para ficar dentro de casa. Meu pai, meu Deus do céu, super machista. Meu pai era assim, mulher para ele, é aquele negócio, estar na cozinha e

arrumando casa. Meu pai não deixava nem minha mãe trabalhar. Ela que era afoita, mesmo e começou a trabalhar. Sobre os estudos dela, seu pai teve resistência? Não porque ele sabia que eu era pior que a minha mãe. Eu sempre fiz tudo que eu quis. Ele só dizia, cuidado! Olha a hora! Sempre tinha hora para chegar e para sair. Estudar ele nunca interveio não. Ele nunca opinou não. Querendo ou não, quem mandava mais era minha mãe (risos). Quem comandava praticamente era ela, ela botava para colégio, ele só fazia trabalhar e botar as coisas dentro de casa, mas quando ela decidiu trabalhar, o que eu soube era isso, minha avó contava, era uma briga os dois, meu Deus. Porque ele não queria que ela trabalhasse.

Marido faz as atividades domésticas. O bichinho! Mas ele gosta!

As vezes que você está doente? Quando estou em crise de asma, ele chama a menina para fazer a limpeza. Ele fica mais na cozinha, porque ele chega cedo. Chega 1 hora em casa e eu chego as 4 horas. Ele sempre diz ao meu filho, mantenha suas coisas organizadas, sua mãe vai chegar cansada, eu não estou fazendo isso aqui, o que custa. Ele (o marido) foi criado com diversos filhos, mas com um certo luxo, tinha empregada, mas a mãe dele soube ensinar direitinho, que pelo fato de você ter empregada não precisa estar bagunçando, né? Lavando seus copos, seus pratos. Ele sempre foi assim, não mudou nada, nada, nada.

Você deixou de fazer alguma coisa na sua vida? No caso para cuidar de seu filho quando pequeno? No caso, quem ficava com meu filho era a avó paterna. Esse é meu segundo casamento. Não deixei de fazer as coisas, quer dizer deixei né? A gente deixa, a gente se abdica sempre um pouco da vida, principalmente, questão de estudo, tive que largar o estudo um pouco para poder criar do meu filho. Cuidar dele e questão financeira. Depois voltei a estudar, quando ele já estava com uns 6 anos, voltei. Porque eu já estava (pausa). A avó dele não queria que ele ficasse em hotelzinho, ela não deixava, em compensação me prendia pelo fato de dizer, tal hora tem que está em casa. Então quando me separei do pai dele, ele (o filho) só tinha 2 anos, o pai dele me deixou. Aí eu vivia só para ele e para a casa. Limita muito. Quando eu escuto as mulheres dizerem “aí eu quero um filho”, eu falo meu Deus. Porque você tem que ter, quando você consegue viver só com suas pernas. Porque eu tenho costume sempre dizer, eu tirei na mega sena, meu marido hoje, é um pai, é um marido, é amigo, é tudo, mas nem todo mundo tem essa sorte. Você pega tem um filho, eu tive meu filho com 20 anos, me casei super nova, por causa do meu pai. Porque meu pai era aquele, era o tipo de pai assim, se você namorasse, passou mais de 1 ano, tinha que casar e ele perguntava, e eu tinha o que, eu tinha uns 18 anos, ele perguntava e aí vai para onde esse namoro? Tive que casar, porque ele perguntava, você quer o que? Filha minha não sai de casa! Só que estava trabalhando já, não tinha nem graça aquilo, mas... aí com 19 anos casei. Eu não tinha pretensão de casar, meu sonho de consumo aos 19 anos era ter meu trabalho, fazer minha faculdade e depois ter um filho, sem pai. Eu não queria marido, queria ter um filho sem pai. Nesse casamento não deu certo, a gente se separou, com XX. com 2 anos. Aí vivi um período só, aí era quando a mãe (do ex-marido) ficava nessa pressão comigo.

Não porque ele não vai para o hotelzinho, porque podem sequestrar o menino e porque não sei o que... e você fica de mãos atadas. Aí tranquei a faculdade e depois voltei.

Deixou de vir para as consultas? Não. Nunca.

Interrompeu? Não. Nunca.

Outros especialistas: faço acompanhamento com ginecologista no Hospital XXXX. Eu sempre tenho consulta. Vou fazer uma cirurgia de pedra na vesícula, estava dizendo a Dra. Quem vai ficar com você no hospital? A princípio é uma colega minha, uma conhecida. Você sai no outro dia, é por vídeo.

Nas consultas vem só ou com alguém? Venho só.

Você já s internou alguma vez? Nunca

Transporte? Depende. Hoje eu vim de ônibus, as vezes de Uber. Não tenho muita dificuldade. Não tenho muita paciência para dirigir. Gasto 15 a 20 minutos. Vindo de carro vou gastar mais de 50 minutos para estacionar.

Tem alguma tarefa que você faz por ser mulher? Tem né? Geralmente, esse negócio mesmo de arrumar quarto, dobrar roupas, essas coisas têm que ser tudo comigo. Passar roupa, porque ele já não sabe, tem que ser eu. De vez em quando ele até dobra, mas aí vou lá e tenho que dobrar tudo de novo. Eu tenho TOC. Aí meu filho diz, mainha a sra. É muito, a sra. Tem TOC. Tenho não meu filho. O menino eu fico no pé dele, esse guarda-roupa, bora dobrar tudo de novo. Ponho para lavar, sempre sou eu, porque separo as roupas por cor. Quando ele pega as roupas, pega o cesto de roupas e põe na máquina.

Essas atividades atrapalham de alguma forma o tratamento: Não. Tranquilo. Aí você pergunta por que é tranquilo? Porque não tenho a sobrecarga das outras coisas. É tudo dividido, então assim, existe uma cumplicidade. Não tenho o que reclamar.

Quando está doente quem cuida de você? Quem cuida de mim quando estou doente é ele (marido). Se tiver que comprar um remédio, ele compra, se tiver que fazer um chá ele faz, se tiver que marcar um horário de medicação ele marca, ele é bem atento a essas situações. Quando eu quebrei o pé mesmo, tudo ele fazia. É nós três, sempre, sempre.

Ele cuida do meu filho. Ambos se tratam como pai e filho. Só tenho agradecer, tenho um filho estudioso. É sempre os três, qualquer problema que tiver, nos apoiamos.

Lazer: a gente vai muito assim, adora praia, a gente tem uma casa de praia, a gente vai. Meu nfilho sai muito com a namorada, vamos ao cinema.

Entrevista 6

Idade: 35 anos

Sexo: Feminino

Estado Civil: No momento eu estou separada do meu ex-marido. Ele vive com outra pessoa, já há algum tempo.

MUNICIPIO. Jaboatão dos Guararapes

Escolaridade: Ensino Médio completo

Profissão: Não tem. Só trabalho em casa mesmo. Cuidando da minha filha.

Tem filha de 1 ano e 6 meses. A vida dela é um milagre. Vc descobriu na gestação ou antes? Antes.

Raça/Cor: Parda

Dona de casa: Sim

Nunca trabalhou de carteira assinada.

Recebe BPC/ psiquiatria (devido à depressão, junto com HIV).

Não recebe o PBF.

1 parte: gravação

O padrasto é aposentado e a mãe trabalha. A Irmã psicóloga desempregada.

O seu ex-marido dá pensão? Não.

Mora com quem? Sim. Antes eu morava com minha avó, foi uma pessoa que me criou. Ajudou a minha mãe. Aí ela veio a falecer, em 2015, então eu fiquei morando com minha mãe, meu padrasto, minha irmã, meu sobrinho e a minha bebezinha, agora né. Ela é a alegria da casa.

Relacionamento com os familiares? Sim. Assim, a mãe é mais preocupada em relação a relacionamentos, porque eu já sofri, já tive relacionamentos abusivos. Pessoas que eu queria levar a sério, aí não deu certo. Agora eu dei um tempo, porque agora eu tô um pouco, eu não quero me ferir no momento. Foram pessoas que eu me envolvi que, tipo, o genitor da bebê era uma pessoa (...) e eu não sei né? Não sei se é falta de sorte, não sei o que é. As pessoas me enganam facilmente. Não só isso, minha mãe fica um pouco assim, V. escuta, cuidado com as pessoas! Você se envolve, tá entendendo? E eu sempre acreditava nessas pessoas, aí, isso também, algumas pessoas tem preconceito, quando descobre. Abusa da pessoa, aí como eu já tinha depressão, aí isso já mexe com a autoestima. Tem muita gente má no mundo. Então é mais a questão, assim a relacionamento.

A sua família sabe do seu diagnóstico? Sim sabe, inclusive meu padrasto me trouxe e me pega. Teve uma época da minha vida, esse meu ex-marido estava com outra pessoa, é um fato que marcou a minha depressão (ficou emocionada, chorosa), porque quando eu comecei a ficar doente. Não aceitar a doença. Transmitiu (o ex-marido) sem saber ou não, não sei era da consciência dele, ele me transmitiu e quando eu comecei a ficar depressiva, a família dele, não aceitava direito. Eu passei um tempo morando com ele e ele começou a ser desleal comigo. Aí comecei a encucar, esse negócio da doença, muitas vezes não entendia. Fui ficando depressiva. Eu me revoltei. Passou pela minha cabeça, uma pessoa que não tem e de repente se casa com uma pessoa. Acredita, naquela história de romance. Aí você descobre que tem uma doença e essa pessoa começou a se envolver com outra pessoa e o fato de eu ficar deprimida, passei um

tempo na casa da minha mãe e com minha, quando era viva. Passei 6 meses cuidando da depressão, porque eu não sei o que aconteceu, eu tive uma dor de cabeça tão forte, muito forte mesmo, minha vista apagou. Eu estava até aqui e as meninas me levaram para o Hospital da Restauração, por isso que eu disse que é um fato que marcou. Eu pensei que não ia enxergar mais, aí fui fazer uma ressonância, ele estava até comigo, eu chamei bora. Eu fiquei até de noite, quando eu recebi o resultado da ressonância. Aí saiu, foi uma dor de cabeça que não passava com nada. Aí os médicos disseram que, os neurologistas, que você vai tomar essa tal medicação aqui por tempo indeterminado. Saiu o laudo, que eu tinha dores crônicas com alterações na minha visão. Passou um remédio, passei muito mal, aí fui a um psiquiatra, que ele é neurologista, passou outra medicação que tomo oxocarbazepina. Eu tomo bem dizer a 6 anos. Eu me dei essa medicação. Eu só parei quando engravidei, porque a bebê poderia nascer com má formação e associado a isso, eu tomo antidepressivo. Quando estava gestante e não pode tomar essa medicação, você sentiu alguma coisa? Eu tinha desmaios, síndrome do pânico, eu cegava, eu caía. Eu sofri muito! Você andava só ou com alguém? Sempre com minha irmã, com minha irmã, tinha sempre gente em casa me vendo, porque eu tinha constantemente alteração na minha visão, ficava cega, eu sentia tontura, eu vivia mais dentro de casa, na cama, quando eu estava com o barrigão e não podia tomar essas medicações. Foi uma gravidez de alto risco. Aí vê só, aí quando minha bebê nasce, a bolsa estoura, aí sofro porque não tenho passagem, minha pressão aumentou, eu não sei o que aconteceu na hora do parto, que a minha bebê veio ter, mas eu tomei o AZT. No trabalho de parto, fiz uma cesárea de emergência, aí já tinha depressão, minha bebê nasce com pneumonia aguda. Ai vai fica internada, 2 meses, para mim esse tempo foi muito difícil. Ainda não consigo entender. Porque, poxa! Eu fiz tudo certinho, eu tomei meu coquetel.

2ª parte (escrita à mão):

Mudou algo na sua vida? Mudou o emocional, sofri bastante, já tinha depressão leve por causa de uns problemas de infância. Agravou depois, por não aceitar o diagnóstico. Além disso, minha avó faleceu.

No seu cotidiano é responsável em cuidar de alguém? Cuido da minha filha, mas tenho ajuda. Nem tudo posso fazer. As coisas mais sérias, o meu padrasto faz. Leva minha filha ao médico. O cuidado diário com minha filha é comigo. Quando há uma ocorrência com minha mãe e padrasto. Para administrar alguma situação. Cuido da minha filha 24 horas por dia. O bebê é dependente da mãe.

Atividades: faço comida, brinco, dou banho e assim vai...

Atividades de lazer: estou precisando. Estou procurando me interessar em passear com a filha. No começo é mais cuidado. E também conversar com a mãe.

Quem é responsável pelo trabalho doméstico? Remunerado? Lava roupa, as vezes a ajudo minha irmã. Tenho um sobrinho, filho dessa minha irmã. Ela também precisa cuidar dele.

Você deixou de fazer algo? Não deixei de fazer. Agora não dá para fazer. Tenho que abrir mão de alguma coisa.

Tu achas que o fato de ser soropositiva/viver com Aids te fez mais ou menos obrigações de cuidar das pessoas? Ou consideras que nada mudou desde o diagnóstico?

Você fica comprometida, as vezes você se esquece. Às vezes lembro e tenho mais cuidado com minha vida. Até as pessoas que forem se relacionar, às vezes não entendem e não querem cuidar do outro. Não adianta abrir mão, inclusive de sua bebê, para acabar se arruinando. Fiquei com trauma de relacionamento.

- Tem alguém que divida ou te ajude na divisão das atividades domésticas, de trabalho ou de cuidado? Mãe, padrasto e irmã.

- Teve algum momento que por causa do teu diagnóstico ou em decorrência do tratamento ou das consultas você não pode cumprir essas tarefas de cuidado? Se sim, quem assumiu essas tarefas enquanto você não podia?

A depressão me impediu de cuidar da minha filha. Tinha parado de cuidar dela, porque não conseguia criar forças. Passei a dar mais valor para cuidar de mim mesma. Quando minha avó faleceu, fugi de casa e fui morar com o pai da minha filha. Passei 5 anos com ele, foi um relacionamento abusivo. Depois tentei me relacionar com o vizinho, ele era de um jeito e depois mudou. Era um relacionamento abusivo. Ele usava drogas, me agredia. Era outra pessoa.

ASPECTOS RELACIONADOS A SAÚDE

- Atualmente é acompanhada por algum serviço de saúde para o tratamento da doença e recebimento das medicações antirretrovirais? No HUOC

- Interrompeu nos últimos 12 meses o tratamento? Por qual motivo? Não.

Interrompeu e/ou faltou alguma vez o tratamento devido à sobrecarga do trabalho de cuidado com outros membros da família? Não.

- É acompanhada por outros especialistas na unidade de saúde que realiza acompanhamento? Frequenta o PSF do bairro? Eu era acompanhada pelo psiquiatra, mas ele faleceu. Meu padrasto vai tentar conseguir novamente. No PSF só vacina. Parei de procurar o ginecologista, porque tive desgosto. Vejo todo mundo feliz!

- Faz uso diário dos antirretrovirais? Sim

- Após ter conhecimento do seu diagnóstico sofreu algum tipo de violência (física, sexual, patrimonial, psicológica, institucional) e/ou negligência e/ou discriminação? Senti diferença quando falei para meu namorado. Ele me deixou e a mãe dele começou a me discriminar. Foram violências de todas as formas. São 6 meses de antidepressivos. As pessoas me avisaram, essa pessoa não gosta de mim. Todos diziam que não tinha capacidade de cuidar da minha filha. Quem dizia isso? Minha família e alguns profissionais da maternidade. Parecia que eu não era mãe da minha filha. Fiz tudo! Parei de tomar meu remédio (anticonvulsivo), tomava os remédios para HIV, a força, mesmo enjoada, minha mãe me obrigava a tomar e mesmo assim, minha filha nasceu com pneumonia. Ficou internada por 2 meses. Me sinto culpada por tudo. Eu fiz tudo! Não entendo porque isso aconteceu (Repetiu muito isso). Minha mãe fica tentando me proteger, me orienta (sobre as pessoas que se aproximam dela).

- Você costuma ter acompanhante em caso de internamento e/ou consulta ambulatorial? Se sim, quem geralmente a acompanha. Cite três pessoas que mais te dão apoio no tratamento. Venho com meu padrasto, amigas da minha mãe e familiares.
- Para acessar o serviço de saúde utiliza transporte próprio e/ou fornecido pelo município? Tem dificuldade no acesso? Venho de ônibus ou de UBER, meu padrasto também me traz.
- Tem algumas tarefas que você cumpre por ser mulher, aquelas que os homens geralmente não querem ou não sabem fazer? Que tarefas são essas? Tem alguém que te ajude? Se Sim, quem? Você acha que essas tarefas atrapalham o teu tratamento? Cozinha e cuidar da minha filha. Não atrapalha em nada, porque faço por amor. Por ela estar viva e bem.
- Em caso de adoecimento, tem alguém que cuide de você ou da casa? Quem? A família toda. Todos se mobilizaram, dão um jeito de me trazer (hospital), porque tenho um bebê para cuidar. Sou muito encucada, meu padrasto fica comigo direto. Quando ele adoeceu vinha minhas amigas.
- Tem alguma observação que queiras fazer sobre o que nós conversamos?

ENTREVISTA 7

Idade: 42 anos

Sexo: feminino

Município: Recife

Qual seu estado civil? Separada

Qual sua escolaridade? Ensino médio completo.

Você tem filhos? Quantos? Qual idade? Tem 1 filho, de 9 anos.

Qual sua Raça/Cor? Negra

Qual sua profissão? Trabalha em call center, saiu em junho de 2019.

É dona de casa? É mais minha mãe.

Trabalha com carteira assinada? Desempregada. Tem 08 anos de contribuição.

Qual sua situação previdenciária? Recebe algum benefício/pensão? Qual tipo? Recebe pensão do filho.

Inserida em Programas Sociais? Qual a fonte (Governos federais, estaduais, municipal, igrejas e/ou ONGs)? Não recebe Bolsa Família, é tanto processo, que não quero.

ASPECTOS FAMILIARES

• **Sobre sua casa, mora com alguém (com familiares, amigos, filhos)?** Moro com minha mãe e meu filho.

• **Como é o seu relacionamento com os membros da família?** Me dou bem com minha mãe, graças a Deus. Toma conta do meu menino. Minha mãe tem 67 anos. Eu tenho mais três irmãos. Só uma irmã sabe do meu diagnóstico e minha mãe.

• **Caso resida com familiares, algum membro trabalha ou recebe alguma aposentadoria e/ou benefício (Programa Bolsa Família, BPC e/ou Programa Chapéu de Palha)?** Minha mãe recebe BPC

• **Quais as condições de sua moradia (própria, cedida, alugada, instituição)?** Casa própria.

- Qual é a sua principal fonte de renda? Tem alguma outra? Atualmente da minha mãe.
- O que significa a experiência da soropositividade? O que mudou na sua vida? Descobri em 2003. Não me desesperei, fiquei rezando, se a pessoa se desesperar se mata. O meu filho eu tive depois (do diagnóstico), a médica só faltou me matar. Tomava remédio a pulso, vomitava e minha mãe me obrigava. O meu filho nasceu bem, na maternidade. Trataram bem, só não gostei de uma enfermeira que falou o que eu tinha na frente das pessoas. Reclamei ao médico e ela foi afastada, porque me deu 10 ml de antialérgico. Era para ser 5 ml. Passei o dia dormindo. Não a vi mais. Mudou. É ruim porque é ruim tomar remédio direto. Para trabalhar é ruim, porque as vezes passa mal.
- No seu cotidiano, você é responsável por cuidar de alguém? De quem? Com que frequência? Quantas horas por dia/semana você passa realizando essa atividade? Por que você se tornou responsável/assumiu esse trabalho? Você recebe alguma remuneração para cuidar dessa pessoa? Cuido do meu filho, quando estou em casa (trabalhava em um turno, o da manhã). Para levar a escola quem leva é minha mãe. Para levar ao médico, eu vou.
- Divide a realização desse trabalho com algum membro da família e/ou amigas (os) e/ou vizinhas (os) e/ou cuidadores? Com minha mãe.
- Você pode descrever quais são as atividades referentes ao trabalho de cuidado realiza? Alimentação, passear, vou ao parque com ele, toma banho e dorme cedo. Acostumei a dormir cedo. Ele tem uma rotina. Pai nunca é igual a mãe. A mãe dar tudo.
- Quem é responsável pelo trabalho doméstico? Quem cuida da casa? É remunerado? Faxina e lavar prato, sou eu. Comida e roupa (na máquina) é minha mãe.
- Você deixou de fazer algo que deseja muito, como estudar ou trabalhar em alguma área, e não pode por ter que cuidar/trabalhar em casa? Tranquei a faculdade, porque apertou o bolso. Só isso, mas eu vou continuar, se Deus quiser. Na época pagava a escola do meu filho, preferi pagar a dele.
- **Tu achas que o fato de ser soropositiva/viver com Aids te fez mais ou menos obrigações de cuidar das pessoas? Ou consideras que nada mudou desde o diagnóstico?** Muda muito não. Um pouco. Tem que me cuidar e trabalhar para cuidar do meu menino.
- **Tem alguém que divida ou te ajude na divisão das atividades domésticas, de trabalho ou de cuidado?** Só a minha mãe.
- **Teve algum momento que por causa do teu diagnóstico ou em decorrência do tratamento ou das consultas você não pode cumprir essas tarefas de cuidado? Se sim, quem assumiu essas tarefas enquanto você não podia?**

As vezes não faço o tratamento. O remédio aborrece a gente. Tem dia que não faço (não toma os remédios). Fico enjoada. A minha mãe assume os cuidados da casa e do meu filho. Quando ela me vê deitada, já sabe.

ASPECTOS RELACIONADOS A SAÚDE

- **Atualmente é acompanhada por algum serviço de saúde para o tratamento da doença e recebimento das medicações antirretrovirais?** Acompanhada no HUOC.
- **Interrompeu nos últimos 12 meses o tratamento? Por qual motivo?** Parei. O médico vai me dar uma bronca (risos), 1 ano sem tomar, porque me sentia mal, sem paciência. Tomava meio doido, 1 dia e outro não. Agora estou tomando.

• **Interrompeu e/ou faltou alguma vez o tratamento devido à sobrecarga do trabalho de cuidado com outros membros da família?** Faltei por causa do trabalho, como a gente trabalha por escala, se faltar toma uma medida. Melhor faltar aqui, do que tomar uma medida.

• **É acompanhada por outros especialistas na unidade de saúde que realiza acompanhamento? Frequenta o PSF do bairro?** Não vou ao PSF. Vou ao dentista no HUOC, tenho muita dificuldade para marcar, se ligar só vão marcar daqui a 6 meses. Poderia ir no particular, mas aí teria que falar do que tenho, acho importante falar. Quando fui para a UPA disse também para a médica, até para passar os exames certos. O meu ginecologista é no CISAM, mas é um processo para marcar.

• **Faz uso diário dos antirretrovirais?** Voltou a tomar agora.

• **Após ter conhecimento do seu diagnóstico sofreu algum tipo de violência (física, sexual, patrimonial, psicológica, institucional) e/ou negligência e/ou discriminação?**

Quando estava na maternidade fui tomar banho e a enfermeira me perguntou como “eu peguei isso”. A gente percebe o olhar, por isso não quero ter mais filho nessa maternidade. Deveria ter uma maternidade só para gente (orientei sobre os direitos da paciente, de ser atendida com dignidade e respeito em qualquer local, e principalmente em unidade de saúde. Sobre isso a paciente informou: a teoria é uma e na prática é outra).

• **Você costuma ter acompanhante em caso de internamento e/ou consulta ambulatorial? Se sim, quem geralmente a acompanha. Cite três pessoas que mais te dão apoio no tratamento.** Fico com acompanhante mais a noite, no final de semana ou quando estou me sentindo mal. Para as consultas venho só.

• **Para acessar o serviço de saúde utiliza transporte próprio e/ou fornecido pelo município? Tem dificuldade no acesso?** Venho de ônibus. Não tenho dificuldade.

• **Tem algumas tarefas que você cumpre por ser mulher, aquelas que os homens geralmente não querem ou não sabem fazer? Que tarefas são essas? Tem alguém que te ajude? Se Sim, quem? Você acha que essas tarefas atrapalham o teu tratamento?** Não. Faço tudo. Até pinto a casa. Quando estava com o pai do meu filho (passou 3 anos), ele cozinhava as vezes, mas não lavava os pratos. Então não adianta.

• **Em caso de adoecimento, tem alguém que cuide de você ou da casa? Quem? A mãe**

• **Tem alguma observação que queiras fazer sobre o que nós conversamos?**

Acho que o atendimento deveria ser melhor, não dos médicos, mas das enfermeiras. Eu sei que tem muitos pacientes complicados, mas deveria melhorar. Faço de tudo para não dar trabalho. No HUOC tem uma atenção com a gente.

ENTREVISTA 8

Idade: 37 anos

Sexo: feminino

Município: Paulista/PE

Qual seu estado civil? Solteira

Qual sua escolaridade? 5ª série.

Você tem filhos? Quantos? Qual idade? Tem 2 filhos, de 23 e 17 anos.
Qual sua Raça/Cor? Amarela
Qual sua profissão? Sem profissão.
É dona de casa? Sim.
Trabalha com carteira assinada? Nunca trabalhou.
Qual sua situação previdenciária? Recebe algum benefício/pensão? Qual tipo? Nunca pagou previdência social.
Inserida em Programas Sociais? Qual a fonte (Governos federais, estaduais, municipal, igrejas e/ou ONGs)? Recebe o Bolsa Família no valor de R\$ 130,00.

ASPECTOS FAMILIARES

- **Sobre sua casa, mora com alguém (com familiares, amigos, filhos)?** Moro com minha mãe, neta de 1 ano e 7 meses, 2 filhos e uma irmã. A família sabe do diagnóstico.
- **Como é o seu relacionamento com os membros da família?** Normal, me dou bem com a família.
- **Caso resida com familiares, algum membro trabalha ou recebe alguma aposentadoria e/ou benefício (Programa Bolsa Família, BPC e/ou Programa Chapéu de Palha)?** Minha mãe recebe pensão do meu avô, foi ex-combatente de guerra da aeronáutica.
- **Quais as condições de sua moradia (própria, cedida, alugada, instituição)?** Casa própria (da mãe).
- **Qual é a sua principal fonte de renda? Tem alguma outra?** da minha mãe.
- **O que significa a experiência da soropositividade? O que mudou na sua vida?** Descobri em 2002, quando tive crise de herpes nervosa e quando vim para o hospital descobri. Tive um choque. Mudou tudo para mim, tive um choque. Fiquei magoada em tudo, não tenho ânimo para nada (faz uso de álcool e outras drogas, conforme o atendimento ao Serviço Social).
- **No seu cotidiano, você é responsável por cuidar de alguém? De quem? Com que frequência? Quantas horas por dia/semana você passa realizando essa atividade? Por que você se tornou responsável/assumiu esse trabalho? Você recebe alguma remuneração para cuidar dessa pessoa?** Cuido da minha neta, quando estou bem. A mãe dela trabalha (a de 23 anos) em banca de bicho. Fico com minha neta de 7 as 17h, as vezes passo direto, quando a mãe vai para casa do marido dormir lá. Não recebo nada. Tem que cuidar, essas meninas novas...
- **Divide a realização desse trabalho com algum membro da família e/ou amigas (os) e/ou vizinhas (os) e/ou cuidadores?** Com minha mãe de 72 anos (bisavó da criança).
- **Você pode descrever quais são as atividades referentes ao trabalho de cuidado realiza?** Tudo. Banho, ninar...
- **Quem é responsável pelo trabalho doméstico? Quem cuida da casa? É remunerado?** eu e minha mãe, os outros não fazem nada.

• **Você deixou de fazer algo que deseja muito, como estudar ou trabalhar em alguma área, e não pode por ter que cuidar/trabalhar em casa?** Não deixei de fazer nada. Eu cuidava dos meus filhos.

• **Tu achas que o fato de ser soropositiva/viver com Aids te fez mais ou menos obrigações de cuidar das pessoas? Ou consideras que nada mudou desde o diagnóstico?** Mais obrigações de cuidar, porque a gente precisa de ajuda.

• **Tem alguém que divida ou te ajude na divisão das atividades domésticas, de trabalho ou de cuidado?** Só a minha mãe.

• **Teve algum momento que por causa do teu diagnóstico ou em decorrência do tratamento ou das consultas você não pode cumprir essas tarefas de cuidado? Se sim, quem assumiu essas tarefas enquanto você não podia?**

Sim agora. Quando eu estou internada, quem cuida é minha mãe. A minha filha cuida quando quer, quando não quer dorme na casa do marido.

ASPECTOS RELACIONADOS À SAÚDE

• **Atualmente é acompanhada por algum serviço de saúde para o tratamento da doença e recebimento das medicações antirretrovirais?** Acompanhada no HUOC.

• **Interrompeu nos últimos 12 meses o tratamento? Por qual motivo?** Parei muitas vezes. Tenho preguiça. É muito cansativo mesmo. Desde o começo parei.

• **Interrompeu e/ou faltou alguma vez o tratamento devido à sobrecarga do trabalho de cuidado com outros membros da família?** Não quero vir. Cheguei a tomar medicamento. Não senti nada. Agora é ficar quieta, baixar o facho. Minha neta me mata. Fico muito cansada.

• **É acompanhada por outros especialistas na unidade de saúde que realiza acompanhamento? Frequenta o PSF do bairro?** Não é longe. Um processo. Parei de usar drogas, mais de 12 anos. Nunca fui para o CAPS. Fumo cigarro.

• **Faz uso diário dos antirretrovirais?** Voltou a tomar agora medicação durante o internamento. Tem que tomar, né?

• **Após ter conhecimento do seu diagnóstico sofreu algum tipo de violência (física, sexual, patrimonial, psicológica, institucional) e/ou negligência e/ou discriminação?** Não. Minha família me apoiou.

• **Você costuma ter acompanhante em caso de internamento e/ou consulta ambulatorial? Se sim, quem geralmente a acompanha. Cite três pessoas que mais te dão apoio no tratamento.** Fico só mesmo.

• **Para acessar o serviço de saúde utiliza transporte próprio e/ou fornecido pelo município? Tem dificuldade no acesso?** Venho de ônibus. As vezes pega a pessoa lisa.

• **Tem algumas tarefas que você cumpre por ser mulher, aquelas que os homens geralmente não querem ou não sabem fazer? Que tarefas são essas? Tem alguém que te ajude? Se Sim, quem? Você acha que essas tarefas atrapalham o teu tratamento?** Tenho que ajudar mesmo minha mãe.

●**Em caso de adoecimento, tem alguém que cuide de você ou da casa? Quem?**

Minha mãe.

●**Tem alguma observação que queiras fazer sobre o que nós conversamos?**

ENTREVISTA 9

Idade: 52 anos

Estado civil: solteira

Município: Recife/PE

Negra

A Sr.^a estudou? Estudei até o 1 ano incompleto.

Tem filhos? Tenho. Bom até 3 anos atrás era 4, agora só tenho 3, tiraram 1. Aí só tenho 3 agora. Era 3 homens e 1 menina, agora 2 homens e 1 menina. Qual a idade deles? O caçula fez 33 anos, a menina vai fazer, deixa eu ver, 1990... vai fazer 30 anos. O mais velho tem 35 anos, é a idade que estou separada do pai dele. Ele para lá e eu para cá.

A cor? Minha fia, os outros diz que sou parda, mas eu acho que sou negra. Parda para mim é amarela.

A Sra. trabalha? Qual a sua profissão? Eu sou de tudo, de tudo um pouco.

A Sra. é dona de casa? Sou.

Já trabalhou de carteira assinada? Ou trabalha? Já trabalhei, mas uma vez, faz muitos anos. Aí não cheguei a nem passar um ano, me estressei

A Sra. Recebe algum auxílio –doença/ benefício? Eu recebo o BPC. Recebe pensão? Não, se um dia esses pestes me derem pensão é capaz de me matarem, para não me dar mais. É

Recebe bolsa família? Recebia, mas cortaram, de tão bom que o governo é.

A sua casa é própria? É de herdeiro. No momento estou morando só, graças a Deus. Eu e meu cachorro. Só falta o violão (risos). A melhor coisa do mundo foi cada um pegar seu beco. Cada um pegar seu beco. O caçula está morando em Recife com a mulher, dele, graças a Deus. O mais velho nunca morou comigo não, tá entendendo? Desde que nasceu minha mãe registou no nome dela e também sempre foi independente, ele começou a trabalhar tinha 9 anos de idade. Até hoje, minha filha. Ele começou a trabalhar no sinal, limpando vidro de carro. Ele conhece de juiz a pedreiro. Nunca, nunca morou comigo. Mora assim, 1 mês, 2... Depois pega o beco, depois vai para casa dele e vai simhora. O Mal dele é se agradou de uma mulher, vai simhora. Aí pronto! Quando vai morar, que deixa, ela arrasta tudo e deixa ele nu. Agora ele trabalha no Fórum em Recife, já vai fazer 4 anos, graças a Deus. De carteira assinada. Foi um juiz, amigo dele, que era freguês dele, ai arrumou essa vaga e botou ele lá. Quer dizer a peixada foi alta, né? Foi o único que não me deu aperreio. Só me dá aperreio quando deixa a mulher, ai pronto. Porque ele é chato, minha filha! Ele é chato! Eita menino

chato! Meu deus do céu, Jesus. Acho que fiz ele pelo avesso. Só sendo, nem eu que sou mãe, não aguento. Ele quando está agitado... Tá ...se eu disser que ele está errado tem um enfarte.

ASPECTOS FAMILIARES

• Como é o seu relacionamento com os membros da família?

Bom, minha mãe foi “simbora” o ano passado, né? Eu estava internada aqui no POM (enfermari do HUOC) e ela no PROCAPE. Ela foi morreu e eu fui para o enterro. Ai de um que dissesse que não ia, eu fugia, mais o que? Eu estava cirurgiada. Fiz cirurgia, foi no dia 15, no dia 16 ela faleceu. Ai, com o se diz, ela não era nem uma mãe. Era mãe, irmã, amiga, tudo. Eu sinto uma falta tão grande. Ontem mesmo, na visita, saí para fora umas três vezes. Entrou uma senhora chega me deu aquela emoção, que parecia ela todinha. Entrei para dentro quase chorando. Porque eu sabia que ela não ia, né? Mais, deixa para lá. Ela morava numa rua e noutra, mas de manhã eu ia para lá, passava a manhã quase toda lá. Comia lá e tudo, mas o comer dela, meu Deus do céu, daqui está melhor do que o dela (ao se referir a comida do hospital, não tão elogiada), sem sal, sem açúcar, sem nada. Eu andava com um kg de sal um kg de açúcar na bolsa. Chegava lá só Jesus na causa.

E com seus filhos?

Meus filhos graças a Deus é tudo bem. Agora a minha menina é um pouco dificultosa, aquela ali é problema. Eu não posso contar com ela, não. Eu não vou dizer a você que eu não conto com ela, eu não conto. Eu conto mais com os meninos do que com ela, se eu disser para o meu mais velho, dá para faltar uma semana de trabalho para ficar comigo, ele falta. Ele pega atestado, ele bota, não quer saber, mas ela... Ela só faz as coisas para mim com interesse, se eu disser assim: eu vou receber dinheiro hoje, tenha certeza, ela do começo da semana, ela vem todo dia. Eu posso dizer que posso contar? **E seu outro filho?** O caçula? Se deixar ele mora aqui comigo. Eu quando me internei no hospital XX, o que Deus o tenha! Eu não contei com ele também não, tá entendendo? Ele era esse tipo de pessoa, ele tinha pavor ao hospital e tinha pavor a cemitério. Ele não ia para enterro, ele não ia visitar ninguém no hospital, terminou acontecendo o que? O fim dele foi dentro de um hospital e hoje está no cemitério, né? Mas acho assim, que também não pode ne julgar, cada um tem suas mania, mas ela? Hoje eu estou andando graças ao mais velho, que eu fiquei na cadeira de rodas. O médico dizia que eu não ia voltar mais a andar, porque eu não tinha mais força nas pernas. O meu filho faleceu no dia 23 de outubro de 2017. Em 2019 foi minha mãe. Entregar na mão de Deus.

• **Qual é a sua principal fonte de renda? Tem alguma outra?** O Meu benefício.

• O que significa a experiência da soropositividade? O que mudou na sua vida?

Os filhos sabem desde o começo, quando eu tive o primeiro diagnóstico lá na Restauração que o medico disse a mim. Eu entrei em pânico. Ele me deu só 1 ano de vida. O meu medo não era nada, o meu medo era minha mãe e meus filhos me rejeitar. **A Sra. encontrou apoio neles?** Encontrei e muito. Minha mãe foi a primeira a quando

chegou do hospital, fez: vem cá? Você é a primeira e a última? você não vai ser nem a primeira e nem a última e outra você vai se cuidar. SE cuide para você terminar de criar seus filhos, nesse tempo meus filhos eram adolescentes e pronto! Agora minhas irmãs, minha filha... meu problema foi com minhas irmãs. Cada uma que chegava ... minha mãe nunca teve conhecimento de nada, ela sabia ler, sabia escrever, tudinho, mas não teve assim, conhecimento das coisas, né? Ai, cada uma das minhas irmãs chegava e dizia uma coisa, que pegava no abraço, pegava no copo, pegava no talher, minhas coisas eram tudo descartável na casa da minha mãe. Eu evitava muito de ir na casa da minha mãe por causa disso, logo no começo. Então quando eu comecei na Gestos, comecei me inteirar como era, eu comecei a levar livro, porque ela adorava ler. Minha mãe? Adorava ler, se você dissesse assim, Dona XXX ler esse pedaço de papel todinho aqui, ela lia minha filha, até a mínima letra. Ela tinha dois óculos, um que ela enxergava melhor e o outro fundo de garrafa, que pegava a última letra. Comecei a levar livro, panfleto, essas coisas. Comecei a conversar com ela, dizer como era, como não é. Foi quando ela foi se inteirando. Pronto, minhas sobrinhas que cuidam de mim, elas diziam (as irmãs) que não podiam fazer minha unha, que elas diziam que ia pegar. Olha era um sofrimento muito grande. Isso foi até em 2008, aí foi quando eu comecei na Gestos, aí comecei a levar panfleto, essas coisas. Fui mostrando conhecimento a ela, que não era assim, que não se pegava com relação sexual, ou com transmissão de sangue que é muito difícil, que é 98% para isso acontecer. Nem se pegava no vento, podia se abraçar, se beijar, desde que com segurança, né? Aí foi quando ela 'foi ler (a mãe), porque você falando de boca ela não acredita não! Ela ler nos mínimos detalhes. Aí quando minhas irmãs começavam a falar, minha mãe falava: cale-se, você não sabe de nada! Cada uma de vocês chega aqui e fala. Vocês fala dos outros, mas não olha o “rabo” de vocês! Ela dizia assim. Vão cuidar da vida de vocês. Deixe ela em paz! Vocês aqui fizeram eu praticamente, eu disse uma coisa no hospital, e estava fazendo outra coisa diferente, por causa de vocês. Pronto, cabou-se! Até hoje! Oxe, eu chegava lá, comia com os talheres, prato, quer dizer, se fosse outra não queria ler, não queria buscar a verdade, era o que os outros dissesse. Mas ela começou a acreditar no que estava lendo. Quando era logo no começo, ela acreditava nas minhas irmãs, tem uma que é formada em farmácia e a outra já trabalhou com médico, essas coisas. Aí tudo que elas diziam, ela acreditava. Elas estavam ali no meio, mas não tinha o conhecimento. **E agora suas irmãs melhoraram mais?** Nem quero saber, problema delas e eu me interesse. Me botou para trás, me rejeitou. O importante para mim, era a minha mãe e meus filhos. O mundo que se exploda. Ela foi mãe, amiga, foi tudo.. e não era mãe de sangue não, viu? E aí de um que disser que não é a minha mãe!! Não conheço minha mãe, ela me criou desde recém-nascida. Registrou no nome dela. É porque a coisinha bonita que me pariu, ela me botou fora, enrolou no jornal e me botou debaixo de uma ambulância, segundo meu tio, que é tio dessa minha mãe que me criou, me achou! Isso foi no hospital XXX, logo no começo do XXX. Aí ela me botou no mundo me enrolou no jornal e botou lá. Meu tio faleceu e ainda tinha esse jornal. **Como teve conhecimento?** Ela (a mãe) e a mulher do meu tio discutiu, mas só que a discussão deles, era uma discussão tão banal, tá entendendo? Teve uma historinha no meio da confusão, que eu fiquei confusa e também passou na televisão uma novela que teve uma história quase idêntica com a minha, mas só que eu não sabia da minha história. Ai, fiquei, né? Botei aquilo na minha cabeça, será que eu sou feito essa menina da novela? Fiquei com aquilo na cabeça, até os 14 anos, com aquilo na cabeça, será que eu sou igual a essa menina da novela? Numa briga com

dela (a mãe) e a mulher do meu tio, aí veio uma história quase relacionada a essa. Será que é verdade? Eu não vou dizer nada, vou ficar calada para ver né? Teve um problema lá em casa e foi com o pai do meu menino, desse que faleceu, que ela disse, com as filhas dela, ela nunca teve problema, mas teve problema comigo que não era filha. Pensando ela que eu ia ficar revoltada, essas coisas, não.. eu olhei para cara dela e disse: não mandei a sra. Me criar, agora aguente! Pronto cabosse, até hoje! Pronto! Mas também nunca disse nada com ela, nunca respondi ela. Pode perguntar onde eu moro, ela falava, tá vendo essa maga? Nunca me respondeu, nunca disse que eu estava errada. Se ela dissesse: vai para o outro lado do mundo fazer isso para mim, eu ia. Claro, bom, ela era minha mãe, parindo ou não ela é minha mãe. Hoje em dia eu sou a mulher que eu sou graças a ela. Não vou ficar revoltada com ela. E as noites de sono que ela passou com você? E o que ele já sofreu por você? Sofreu o que seus pais legítimos não sofreu.

A Sra. ainda está na Gestos? Estou sim, sou cidadã, faço parte das cidadãs positivas. Saí da RNP porque não aguentei mais aquele canto, acho que todo mundo conhece ... Eu não aguento! A gente só vivia se pegando, quando começa a brigar separa. Tudo que eu falava ele rebatia. Se eu estou falando uma coisa, é porque eu pesquisei.

Sobre o diagnóstico: minha filha quando soube do diagnóstico, aquele 8º andar da Restauração, se não tivesse grade, eu tinha pulado. Isso foi em 2002. O médico chegou na sala, sentada, assim como estou conversando com vc. Ele chegou na sala abriu a porta e disse: olhe, você está com Aids, você só tem 1 ano de vida. A pessoa fica atônica. Veio uma filmagem da minha vida todinha, aquela reviravolta, veio meus filhos, veio a minha mãe, um flash. Olhei para os quatro cantos, procurei um canto para me jogar e não encontrei. O jeito foi correr na Restauração, do 8 andar até o 6º, gritando. Eu vi a hora o povo me amarrar. Gritando que eu ia morrer, ia morrer....e que eu não ia morrer assim. A gente via a história de cazuza na televisão, como foi que ele ficou. Quando o homem chega na minha cara para dizer que eu estou com aids, não era nem HIV positivo. AIDS logo a doença! Você está com AIDS e só tem 1 ano de vida. Esperava o que? Só sei que uma enfermeira ligou para minha mãe. Minha mãe veio, minha irmã veio, a que trabalhava com médico. A minha irmã ameaçou de processar ele, só ficou na ameaça, devia ter processado. Eu ia comer dinheiro! O homem tinha quase três metros de altura, cavalo não, se amostrava! Que homem bruto. Aquele ali era cavalo batizado e renovado. Foi muito difícil para mim. ia ser difícil não, é difícil para qualquer ser humano, você sabe, né? Até hoje você leva a sua vida adiante, mas é difícil. **Por que?** Assim, só quem sabe é minha família, onde eu moro ninguém sabe. Porque eu tenho medo de represálias contra meus filhos, se fosse por mim, eu chutava o pau da barraca, que eu não queria nem saber. Ninguém manda em mim. Ninguém chega na minha porta para dar um prato de comida, mas eu tenho medo de represália contra os meus filhos. Porque teve uma vez, fazia pouco tempo, uns 8 anos do diagnóstico, o meu menino com outro. O meu menino sempre foi magro, nunca engordou, e quando ele engorda só engorda a bochecha. Aí disse eu meu menino estava com Aids, aquilo eu tomei para mim, tá entendendo? O meu menino ficou tão possesso, ele se sentiu agredido e sentiu que estava me agredindo. O que aconteceu, ele deu uma pisa no rapaz de corrente de cachorro. O rapaz ficou todo lapeado. E outra quando ele está desse jeito ninguém se mete, que ele fica possesso. Eu tive que me meter no meio, ainda levei uma correntada no braço, para poder segurar ele. Ele ia matar o menino, de tanta correntada. Não minha senhora! Ele me chamou de aidético! Ele quer dizer o que com isso? Que a

sra. Tem aids? E olhe que ele sabia que tinha HIV. Não é Aids é HIV, não estou com a doença, estou com o vírus. Depois ele conversou comigo. Ele disse: mãe não quero saber! Praticamente ele disse q a Sra. tem Aids. O povo daqui já é safado, daqui a pouco a sra. Não pode sair na rua, o povo vai dizer coisa com a sra. Eu não vou aguentar! Eu me retraio por causa dos meus filhos. Porque eu tenho medo de represália contra eles. Por mim. Minha mãe se foi mesmo. Não tenho mais nada a perder, tenho? **Mudou alguma coisa na sua vida depois do diagnóstico?** Não. Continuo a mesma cínica (risos), a mesma sem noção, namorada. Só mudou assim, a rotina de uma pessoa normal é uma coisa, de pessoas que vivem com HIV é outra, porque remédio é constante, para você vai tem que levar a farmácia junto e tem muitos cantos que você chega né? Não pode, tem até receio de tomar medicação por causa das embalagens, eu já ando... aqui eu trago as embalagens, quando eu viajo, eu boto dentro de uma caixinha. O que é isso aí? Vitamina. Me dá uma? Pode não. Fora isso....

• **No seu cotidiano, você é responsável por cuidar de alguém? De quem? Com que frequência? Quantas horas por dia/semana você passa realizando essa atividade? Por que você se tornou responsável/assumiu esse trabalho? Você recebe alguma remuneração para cuidar dessa pessoa?** Não. Tenho 11 netos, quem pariu Mateus que balance! E não quero nenhum na minha porta. Só tem um, que as vezes que viajo levo ele, do filho que faleceu, mas porque ele já é um rapaizinho. Eu quero que cuidem de mim!!!! Só cuido de mim e de meu cachorro. Se minha mãe fosse viva cuidava dela, mas fora isso. **A Sra. chegou a cuidar da sua mãe?** Cheguei. Passei um bom tempo com ela. Só não fazia a comida, porque se fizesse ela esfregava na minha cara. Ela uma vez me esfregou um escorredor de macarrão, porque eu me esqueci do macarrão e o macarrão ficou papa. Também comi o macarrão por olho, boca... aí peguei o trauma de fazer comida para ela. Chegava lá, varria uma casa, lavava um prato, tá entendendo? Ela morreu com 70 anos, fazia tudo, ninguém segurava a veia não. você se acordava e ela estava dentro do shopping. O médico dizia que ela não podia sair daqui para ali sozinha, aí de um que dissesse a ela que não podia sair. Quem cuidava mesmo dela era a minha sobrinha, a que vem aqui, juliana, morava com ela. Olha ela (mostra a foto). Só saia arrumada e eu dizia, a Sra. vai para o shopping não vai arrumar marido, não. Ela dizia, oxe, eu não quero macho não.

• **Divide a realização desse trabalho com algum membro da família e/ou amigas (os) e/ou vizinhas (os) e/ou cuidadores?** Quando tinha filhos pequenos, quem cuidava era eu e ela (mãe). Até o “finado”, tá com 11 anos, eu morava com ela e com os meninos. Aí foi quando eu fui morar só, em outro bairro em Recife, passei 09 anos morando, com meu avô, com uma irmã que eu tenho, que diz que é doida e não tem nada de doida e com meus meninos, que era na casa do meu avô, casa de herdeiros. Aí depois que descobri que estava com HIV, quando comecei a receber meu benefício aluguei uma casa para mim e para meus filhos. Nessa época cuidava dos meus filhos sozinha.

• **Você pode descrever quais são as atividades referente ao trabalho de cuidado realiza?**

• **Quem é responsável pelo trabalho doméstico? Quem cuida da casa? É remunerado?** Eu cuido da casa.

• Você deixou de fazer algo que deseja muito, como estudar ou trabalhar em alguma área, e não pode por ter que cuidar/trabalhar em casa?

Eu não! Meu projeto era gafeira. Dava comer e botava para dormir e ia para gafeira, que era mais perto de casa, qualquer coisa eu estava lá em casa, olhando eles. Nunca deixei eles abandonados não. Nunca sai para chegar no outro dia e deixar ele lá não. Sempre eu vim em casa. Depois disso (do diagnóstico) deixou de beber.

• Tu achas que o fato de ser soropositiva/viver com Aids te fez mais ou menos obrigações de cuidar das pessoas? Ou consideras que nada mudou desde o diagnóstico? Não cuida

• Tem alguém que divida ou te ajude na divisão das atividades domésticas, de trabalho ou de cuidado?

Nem eu morrendo ninguém faz. Eu faço tudo e outra, eu não sei está esperando que ninguém venha fazer e nem tenho paciência de pedir, eu sou muito chata.

• Teve algum momento que por causa do teu diagnóstico ou em decorrência do tratamento ou das consultas você não pode cumprir essas tarefas de cuidado? Se sim, quem assumiu essas tarefas enquanto você não podia? Não

ASPECTOS RELACIONADOS A SAÚDE

• Atualmente é acompanhada por algum serviço de saúde para o tratamento da doença e recebimento das medicações antirretrovirais? HUOC

• Interrompeu nos últimos 12 meses o tratamento? Por qual motivo? Não parei. Parei antes, em 2010, quando foi em 2013, quase fui para o buraco. Eu fazia no Lessa de Andrade, foi quando eu parei o tratamento, quando me internei no XX comecei a fazer tratamento no XX, mas eu já estava cheia de tanto olhar para a cara das enfermeiras lá, que não são enfermeiras, são cavalos batizados. Foi quando conversei com uma colega minha, que faz tratamento aqui com Dr. , aí ela me trouxe para cá, já vai fazer três anos. Por que interrompeu? Porque desde 2002, assim que descobri meu diagnóstico eu fui diretamente para a medicação. Aí quando foi e 2009, meu organismo já estava saturado, eu senti enjoo, sentia ânsia, o mesmo sintoma que senti no começo do tratamento, eu comecei a sentir de novo e ainda por cima caí no meio da rua, de repente minha vista escurecia e minha pressão baixava e já era. Cheguei para a Dra. E conversei com ela. Dra. Dá para a sra. Fazer um exame? Para saber o que está acontecendo, porque eu estou tomando a medicação e estou passando mal e caindo na rua. Dá última vez que caí, se o infeliz que morava comigo, não era nem um santinho não, se amostra para não dizer ao contrário, se não tivesse comigo eu tinha morrido, porque bati com isso aqui (peito) no meio fio. Eu fiquei procurando ar e não consegui. Foi quando um rapaz, de uma casa na frente, pegou uma bacia de gelo, com água gelada, e jogou em cima de mim. Foi quando eu dei aquele grito e consegui tomar fôlego. Eu fiquei com tudo preso porque a pancada foi muito grande, porque caí de peito mesmo o meio fio. Passei mal, se eu tivesse só tinha morrido. Aí cheguei para ela (a médica) e mostrei o hematoma que estava e ela disse que não podia fazer nada, que eu tinha que continuar tomando a medicação, que no momento não podia fazer outro exame para passar outra medicação. Não vai fazer não? Beleza, peguei o cartão e a receita da mão dela e rasguei. Aqui não piso mais! Ela disse que não podia fazer nada

por mim. Eu disse: você pode! O problema é esse, a Sra. Pode, a Sra. não quer. Pronto! Passei um bom tempo sem tomar a medicação. Aí meu organismo, logo no começo não teve aquela reação, passei quase 2 anos. Aí depois comecei a ter uma reação não comia, não dormia mais, só me sentindo mal. Comecei a visitar os hospitais, fui bater no Hospital Otávio de Freitas, me lasquei lá, porque peguei tuberculose lá. Fui para o Hospital Correia Picanço cheguei lá contrai uma gripe que quase que me lasco. Cada hospital que eu vou, vou adquirir uma coisinha, aí fiquei em casa. Estava prostrada na cama, não saía para nada, já estava defecando e urinando na cama. Aí ele me botou nos braços e me levou para o XX. Chegou lá, graças a Deus cuidaram de mim, com toda ignorância, mas cuidaram. Em todo lugar que eu chego perguntam você fuma? Pomba, eu sou fumante minha gente! Quem é viciado, não gosta de ser julgado. Vou esconder? Para depois alguém me pegar escondido fumando? Eu tenho que dizer, sou fumante, sou possessiva!!! Se eu tiver atacada, fumo duas carteiras por dia, mas se eu tiver calma fumo 1 ou meia, por aí. Não passa de uma. Tudo que me ensinaram para deixar esse bendoito, eu já fiz. Todas as simpatias. Já me aconselharam a procurar o CAPS, mas vou fazer o que no CAPS? Vão me comparar com drogado? Eu uso cigarro, eu sei que cigarro é uma droga, mas para mim droga é maconha e crack. Eu vou me misturar com aquele povo? Eu já tenho medo do povo passar e me ver em um canto que se refira as pessoas que tem HIV, imagina eu me misturar com esse povo. Aí é muita coisa para minha cabeça. Por mim não! o que os outros disser, para mim valentia. Desde que não mexa com minha família.

•**Interrompeu e/ou faltou alguma vez o tratamento devido à sobrecarga do trabalho de cuidado com outros membros da família?** Não

•**É acompanhada por outros especialistas na unidade de saúde que realiza acompanhamento? Frequenta o PSF do bairro?**

Eu só sou acompanhada por Dr.e o dentista aqui no hospital. **E O PSF?** Aquele posto e merda é a mesma coisa. Não serve para nada, minha fia, nem para poder pegar um dipirona para dor de dente. **Ginecologista?** Meu pai eterno, nem sei qual foi o ano. Eu fiz um exame ginecológico lá nesse posto, você acredita que faz mais de anos e nunca recebi o resultado? Eu já nem procuro mais, já fui tanto lá, atrás desse resultado desse exame. Sabe de uma coisa? Desisto.

•**Faz uso diário dos antirretrovirais?** Tomo todos os dias.

• **Após ter conhecimento do o seu diagnóstico sofreu algum tipo de violência (física, sexual, patrimonial, psicológica, institucional) e/ou negligência e/ou discriminação?**

Já passei por violência verbal e física. Acho que assim, verbal você pode até tirar de letra, mas a física é uma coisa que fica gravada na sua mente porque, acho assim, ninguém tem o direito de bater em ninguém. Eu acho que hoje em dia eu sou o que sou pelo, de tanto de agressão que já sofri na minha vida. Meu pai era alcóolatra, só vivia me batendo. **Batia na sua mãe também?** Batia, mas a gente ia em cima, mas o alvo de tudo era eu, se os outros fizessem errado, quem pagava era eu, porque eu era a mais velha da casa. Aí quer dizer que, aí tem um enredo de violência física, psicológica, porque sempre na minha cabeça eu achava que ele fazia isso comigo porque eu não era

filha. Tá entendendo? E eu achava que eu tinha obrigação de aguentar porque eu realmente não era filha dele e ele fazia o favor de me criar. Às vezes eu era agressiva com ele, não vou mentir! Muitas vezes eu empurrei, porque eu já estava cansada de apanhar, xinguei, quer dizer, é como eu digo, violência gera violência. Já com minha mãe era diferente, minha mãe nunca me agrediu. Minha brigava comigo, as vezes me dava lapada, porque eu sabia que estava errada, muitas vezes ela ia me buscar no colégio com um pedaço de mangueira (galho), seja lá o que fosse, mas eu sabia que estava errada, eu sabia que tinha cometido aquele erro. Não tava pagando pelos erros dos outros e meu não eu pagava pelos erros dos outros. Meus irmãos aprontavam e eu que pagava. Aí quer dizer, por ele, eu sempre fui rejeitada. Minha mãe não, minha mãe só vinha em cima de mim, quando eu fazia o errado. Aí sim, prova tanto que uma vez que eu tava no colégio, eu sentada fazendo o dever, a menina se levantou e deu um tapa na minha cara. Ela chegou no colégio e eu tava chorando, ela perguntou o motivo de eu tá chorando. Eu não queria dizer, quando eu disse a ela que a menina tinha dado na minha cara, ela não teve demora, a gente veio cortando por dentro, nesse tempo tinha muito beco, quando a gente chegou no campo, a gente deu de cara com essa menina. Eu disse mãe foi aquela ali. Aí mãe fez vem cá, aí ela veio. Tu é mãe dela? Não. Vá meta a mão na cara dela como ela fez na sua, porque se você não der você vai me apanhar. Eu tive que dar na menina, quer dizer isso para mim foi uma prova que ela se preocupava, que ela não queria que eu não fosse agredida por ninguém, que eu aprendesse a me defender. SE fosse meu pai, ele tinha dado em mim, porque a menina tinha dado em mim. Minha mãe ficava virada quando ele fazia isso, mãe ia em cima (do pai), brigava, era meio mundo de confusão. Ele fez isso comigo, até os 16 anos, quando eu sai de casa. Agora com os meus filhos não, o meu mais velho foi criado por ele, ele adorava meu menino. Já o que faleceu ele detestava, o outro. Ele dizia que o XXX era cabra safado. Quando ele cismava, só Jesus! Em 2004 meu pai faleceu no Hospital. Ele devido a cachaça que ele bebia, muito alcoólatra desde os 13 anos de idade, aí ele não podia passar tempo sem beber. Teve uma situação que aconteceu, teve um tipo de sequestro relâmpago com ele. Ele desapareceu. Passou 73 horas desaparecido, ele veio aparecer em Olinda. Querendo entrar na casa da mulher, desorientado, dizendo que era a casa dele. Aí foi quando chamaram a polícia, como a gente já tinha dado queixa do desaparecimento dele. A foto dele estava em todas as delegacias, viram que ele não estava querendo roubar nada, porque estava desorientado, porque estava desaparecido a mais de 72 horas. Ligaram para minha mãe, dizendo que estava lá, que ia dormir lá, mas no dia seguinte iam trazer ele. Quando foi no dia seguinte, deixaram ele na entrada da rua, aí ele foi para casa. Ele foi para casa tentando se lembrar onde era a casa dele. Ele passou pela minha casa, que eu morava de aluguel, ele passou por mim e não me conheceu. Quando chegou na rua lá de casa, aí ficou em pé olhando assim, tentando se lembra onde era a casa. Foi que minha mãe chegou no portão, vem embora. Ele foi para casa. Ele fez, eu moro aqui é ? entra. Vai embora, que eu vou preparar teu café. Ele entrou tomou café, se deitou e dali não saiu mais. Começou a adoecer, sentindo fraqueza nas pernas. Ele tentou se levantar para ir ao mercado, onde ele bebia, ele não conseguia mais, voltou no meio do caminho. Ali ficou. Nesse tempo o dr., do PSF, minha mãe falou com a noiva dele que é assistente de saúde de lá, ela falou com ele e levaram ele na ambulância para o Hospital, chegou lá ele ficou internado 3 dias.

• **Você costuma ter acompanhante em caso de internamento e/ou consulta ambulatorial? Se sim, quem geralmente a acompanha. Cite três pessoas que mais te dão apoio no tratamento.** Eu venho só porque não quero ninguém fofocando. Eu inventei de vir um dia com minha sobrinha, para mais nunca. Se juntou ela mais João Batista para fazer queixa de mim a Dr. Quase me apanhou os dois. Durante o internamento eu fico só, não gosto ninguém atrás de mim não.

• **Para acessar o serviço de saúde utiliza transporte próprio e/ou fornecido pelo município? Tem dificuldade no acesso?** Venho a pé. É perto da minha casa. Até para me internar as vezes venho a pé.

• **Tem algumas tarefas que você cumpre por ser mulher, aquelas que os homens geralmente não querem ou não sabem fazer? Que tarefas são essas? Tem alguém que te ajude? Se Sim, quem? Você acha que essas tarefas atrapalham o teu tratamento?**

Lavar cueca. Porque tudo eu faço, instalação eu faço, reboco casa, nunca esperei por homem. **Você acha que essa tarefa mais feminina, masculina ou não isso?** Pra mim não isso não, tendo força de vontade e força nas canelas. Se disser sobre no poste para ajeitar aquele fio, eu subo. Na minha casa não precisa de pintor, encanador, eletricista, faço tudo. **Quando você era casada, tinha alguma coisa que tu fazia e teu marido não fazia?** Eu não tenho paciência não. Eu dizia tá quebrado, ele dizia depois ajeito, eu que já tava ajeitando. Eu não tinha paciência. Até meus filhos mesmo quando eu digo, olha esse cano tá aqui pingando. Tá mãe depois eu ajeito, já sei que vai passar dois, três meses aí. Eu mesma vou, meto a cara e faço.

Quando eu estava com ele (ex-marido) eu tinha um depósito, eu vendia tapioca, eu cuidava da casa. Eu trabalhava mais. Ele só fazia entrega de água, mas eu acho que eu sempre fui assim, eu não sei ficar parada, eu não sei ficar quieta, o problema é esse, se ficar parada no canto eu adoço. Eu me separei dele em 2012, quando eu estava internada. Aí o médico me chamou e disse, olhe essa semana você vai receber alta. Aí liguei para ele, olhe tu vem aqui no hospital que eu quero ter uma conversa contigo. Aí chegou, eu disse: olha, essa semana vou ter alta, mas eu vou te pedir um favor, junta os teu pano de bunda e oh...(gesto para ir embora), pega o beco, sai da minha casa, porque quando eu chegar, eu encontrar tanto assim de errado ou eu souber tanto assim, tu sabes do que eu sou capaz. Então é bom tu sair, antes que eu chegue. Ele também não disse nada, porque sabia que tinha feito coisa errada, né? Ele pegou juntou os paninhos de bunda dele e saiu. Quando cheguei em casa fiquei sabendo que ele colocou mulher dentro da minha casa, fez o que aconteceu ainda bem que ele não está aqui, porque senão ele ia morrer. Ele ia apanhar mesmo. Eu já dei nele de cano de ferro, já dei de panela de pressão, já abri a cabeça dele com a panela de pressão, dava nele se corrente. Ele apanhou desse jeito da minha parte, pq ele era acostumado a bater em mulher, tá entendendo? Ele me deu um murro a primeira vez, eu dei com um cano de ferro no meio da testa dele. A partir de hoje cada vez que você levantar a mão para mim, você vai apanhar e vai apanhar em dobro e eu não quero que ninguém se meta, se alguém se meter vai apanhar junto com vc. Pronto ! Foi 6 anos que convive com ele. 6 anos foi de porrada. Ele sempre tentava bater! Eu ia ficar por baixo! Eu passei 7 anos e 7 meses apanhando de manhã, de tarde e de noite e esse me ensinou a viver, que foi o pai dos

meninos, que também está no cemitério, já vai fazer o que uns 30 anos. Esse me ensinou a viver!

●**Em caso de adoecimento, tem alguém que cuide de você ou da casa? Quem?** Não. Quando minha mãe estava viva, ela já vinha de lá com a poncheira deste tamanho, com caldo de feijão, caldo de carne. O que fosse! A única coisa que ela fazia para mim era lavar minhas roupas, mas eu não gostava que ela lavasse não, porque acho que não tinha obrigação. Aí eu colocava de molho, enquanto eu tivesse agonia, deixava lá as roupas. Quando melhorava, não esfrego mais, vou trocando a água, porque eu não tenho mais força, por causa da bendita tendinite, aí eu não torço mais. No banheiro botei uma vara de cabo de vassoura, todas as minhas roupas que eu vou enxaguar, eu boto para escorrer o sabão todinho, depois boto dentro da água, é um processo...começo a enxaguar as 3 da tarde e termino as 7 da noite. Para no outro dia está pronta para ir para o arame. Tem que escorrer a água todinha para escorrer todo o sabão.

●**Tem alguma observação que queiras fazer sobre o que nós conversamos?**

Doida para voltar para Gestos, lá é minha segunda casa. Voltar à atividade.

ANEXOS

Anexo 1-
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **“Mulheres soropositivas também cuidam: reflexões sobre exploração e apropriação do tempo de trabalho doméstico e de cuidado”**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) **Renata Alves César Fernandes, com endereço Rua Maria Ramos, 1202, apt.304, Bairro Novo/Olinda, CEP: 53030050–81.991459630 (inclusive ligações a cobrar) /81.31841425 e e-mail: renata.cesar@upe.br.** Também participam desta pesquisa os pesquisadores e orientadora: **Prof.^a Dr.^a Ana Cristina Vieira de Souza,** Telefone: 81.2126.8872, e-mail: anacvieira12@gmail.com e sob coorientação do **Dr. Evandro Alves Barbosa Filho,** Telefone: 81. 996358133, e-mail: vealves85@yahoo.com.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Descrição da pesquisa: justificativa: pode-se observar no cotidiano da atuação como assistente social na Política de Saúde, que as mulheres são solicitadas, de forma mais expressiva, à realização dos cuidados com outros membros da família, especificamente quando se refere às crianças, idosos e, ainda, à comunidade de uma forma geral. O entendimento que são as mulheres as responsáveis pela realização dos cuidados, é visto como algo comum nas instituições, especialmente na saúde, sendo uma expressão da violência institucional como parte do cotidiano das mulheres. Em se tratando das mulheres com HIV/AIDS verifica-se, principalmente no que se refere às diferentes regiões e dinâmicas demográficas do Brasil, uma importante desigualdade social, pobreza e o crescimento da doença entre as mulheres, assim como o número de mortes e abandono no tratamento entre as mulheres soropositivas. Dessa forma, o projeto poderá contribuir para a construção de políticas públicas para as mulheres que sejam direcionadas à garantia de seus direitos sociais previstos em lei, assim como a discussão sobre os cuidados familiares; **objetivos: geral** Analisar a exploração e a

apropriação do tempo das mulheres soropositivas no trabalho de cuidado e **objetivos específicos:** identificar como a utilização do trabalho feminino na família impacta nas condições de vida das mulheres que vivem com HIV/AIDS; levantar o perfil das mulheres soropositivas atendidas pelo HUOC; discutir as estratégias de negociação entre demandas de cuidado e autocuidado das mulheres soropositivas; **procedimentos da coleta de dados:** procedimento qualitativo serão realizadas entrevistas em profundidade, através de amostra aleatória, com cerca de 05 a 15 mulheres, por meio de coleta de dados primários, de forma individual, devido às dificuldades em obter um local para realização de atividades em grupo no hospital, de convidar as entrevistadas com antecedência e por causa do sigilo do diagnóstico.

As entrevistas em profundidade serão realizadas no período de 01 a 30 de maio de 2020, com linguagem acessível e duração média de 30 a 60 minutos. Esclarecemos que as falas das entrevistas serão gravadas. Os materiais utilizados na coleta de dados serão armazenados, processados em microcomputador (particular) e apresentados através de procedimentos qualitativos, através de citações de trechos das falas, sem identificação das mulheres entrevistadas. Os resultados poderão ser divulgados em revistas científicas, congressos e seminários, resguardados o sigilo das entrevistadas. Esclarecimento do período de participação do voluntário na pesquisa, início, término e número de visitas para a pesquisa.

- **RISCOS diretos:** os riscos são mínimos, podendo haver desconforto e/ou constrangimento durante a realização da entrevista, que será em espaço protegido, de forma individual para garantir o sigilo. Esses riscos serão minimizados com esclarecimento das perguntas, podendo a entrevistada interromper e/ou encerrar a entrevista sem nenhum prejuízo para a participante. Caso você venha a sentir algo dentro desses padrões, comunicar ao pesquisador para que sejam tomadas as devidas providências. Em caso de persistência da queixa, a entrevistada você poderá ser encaminhada para o serviço de psicologia, caso deseje, até essas questões serem resolvidas.
- **BENEFÍCIOS diretos e indiretos para os voluntários:** as informações colhidas na pesquisa contribuirão com a literatura sobre o tema e trará para a reflexão a entrevistada e as demais mulheres a possibilidade de refletir a condição feminina na sociedade. Além disso, poderá se beneficiar com possíveis políticas institucionais e públicas que possam a vir a melhorar a qualidade de vida e de atendimento.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, através de gravações das falas e as informações do diário de campo, ficarão armazenados em arquivos no computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora **Renata Alves César Fernandes**, no endereço **situada a Rua Maria Ramos, 1202, apt. 304, Bairro Novo/Olinda, CEP: 53030050**, pelo período de mínimo 5 anos.

A pesquisa será voluntária e de forma gratuita. Caso haja necessidade de despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Você terá os seguintes direitos: a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento

sem prejuízo para si; a garantia de que em caso haja algum dano a sua pessoa, os prejuízos serão assumidos pelos pesquisadores. Caso haja gastos adicionais, os mesmos serão absorvidos pela pesquisadora responsável, **Renata Alves César Fernandes**, no endereço **situada a Rua Maria Ramos, 1202, apt.304, Bairro Novo/Olinda, CEP: 53030050**.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br)** e Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos HUOC/PROCAPE, situada a Rua Arnóbio Marques, 310, Santo Amaro, Recife/PE (1º andar do Pavilhão Ovídio Montenegro – POM do HUOC) Fone: (81) 3184.1271 e-mail: cep_huoc.procape@upe.br.

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **“Mulheres soropositivas também cuidam: reflexões sobre exploração e apropriação do tempo de trabalho doméstico e de cuidado”**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento). O documento será assinado e cunhado em duas (2) vias de igual teor.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Impressão
digital

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa

e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

Anexo 2- Pesquisa intitulada “Mulheres soropositivas também (se)cuidam: reflexões sobre exploração e apropriação do tempo de trabalho de cuidado”.

Anexo2- Entrevista

IDENTIFICAÇÃO:

No. do prontuário _____

Iniciais do nome: _____ Idade _____

Sexo ____

Município/Estado _____

Contatos: _____

Qual seu estado civil?

Qual sua escolaridade?

Você tem filhos? Quantos? Qual idade?

Qual sua Raça/Cor?

Qual sua profissão?

É dona de casa?

Trabalha com carteira assinada?

Qual sua situação previdenciária? Recebe algum benefício/pensão? Qual tipo?

Inserida em Programas Sociais? Qual a fonte (Governos federais, estaduais, municipal, igrejas e/ou ONGs)?

ASPECTOS FAMILIARES

- Sobre sua casa, mora com alguém (com familiares, amigos, filhos)?
- Como é o seu relacionamento com os membros da família?
- Caso resida com familiares, algum membro trabalha ou recebe alguma aposentadoria e/ou benefício (Programa Bolsa Família, BPC e/ou Programa Chapéu de Palha)?
- Quais as condições de sua moradia (própria, cedida, alugada, instituição)?
- Qual é a sua principal fonte de renda? Tem alguma outra?
- O que significa a experiência da soropositividade? O que mudou na sua vida?
- No seu cotidiano, você é responsável por cuidar de alguém? De quem? Com que frequência? Quantas horas por dia/semana você passa realizando essa atividade? Por

que você se tornou responsável/assumiu esse trabalho? Você recebe alguma remuneração para cuidar dessa pessoa?

- Divide a realização desse trabalho com algum membro da família e/ou amigas (os) e/ou vizinhas (os) e/ou cuidadores?
- Você pode descrever quais são as atividades referente ao trabalho de cuidado realiza?
- Quem é responsável pelo trabalho doméstico? Quem cuida da casa? É remunerado?
- Você deixou de fazer algo que deseja muito, como estudar ou trabalhar em alguma área, e não pode por ter que cuidar/trabalhar em casa?
- Tu achas que o fato de ser soropositiva/viver com AIDS te fez mais ou menos obrigações de cuidar das pessoas? Ou consideras que nada mudou desde o diagnóstico?
- Tem alguém que divida ou te ajude na divisão das atividades domésticas, de trabalho ou de cuidado?
- Teve algum momento que por causa do teu diagnóstico ou em decorrência do tratamento ou das consultas você não pode cumprir essas tarefas de cuidado? Se sim, quem assumiu essas tarefas enquanto você não podia?

ASPECTOS RELACIONADOS A SAÚDE

- Atualmente é acompanhada por algum serviço de saúde para o tratamento da doença e recebimento das medicações antirretrovirais?
- Interrompeu nos últimos 12 meses o tratamento? Por qual motivo?
- Interrompeu e/ou faltou alguma vez o tratamento devido à sobrecarga do trabalho de cuidado com outros membros da família?
- É acompanhada por outros especialistas na unidade de saúde que realiza acompanhamento? Frequenta o PSF do bairro?
- Faz uso diário dos antirretrovirais?
- Após ter conhecimento do o seu diagnóstico sofreu algum tipo de violência (física, sexual, patrimonial, psicológica, institucional) e/ou negligência e/ou discriminação?
- Você costuma ter acompanhante em caso de internamento e/ou consulta ambulatorial? Se sim, quem geralmente a acompanha. Cite três pessoas que mais te dão apoio no tratamento
- Para acessar o serviço de saúde utiliza transporte próprio e/ou fornecido pelo município? Tem dificuldade no acesso?
- Tem algumas tarefas que você cumpre por ser mulher, aquelas que os homens geralmente não querem ou não sabem fazer? Que tarefas são essas? Tem alguém que te ajude? Se Sim, quem? Você acha que essas tarefas atrapalham o teu tratamento?

- Em caso de adoecimento, tem alguém que cuide de você ou da casa? Quem?
- Tem alguma observação que queiras fazer sobre o que nós conversamos?